

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1937

THÈSE

N°

564

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

François-Henri-Marie CABY

né à Paris, le 20 Novembre 1908

Ancien interne des hôpitaux de Paris

Aide d'anatomie à la Faculté

**L'ULCÈRE SIMPLE
DU JÉJUNO-ILÉON**

Travail de la Clinique chirurgicale de l'Hôpital St-Antoine
(Professeur Raymond GRÉGOIRE)

Président : M. GRÉGOIRE, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1937

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1937

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

François-Henri-Marie CABY

né à Paris, le 20 Novembre 1908

Ancien interne des hôpitaux de Paris

Aide d'anatomie à la Faculté

L'ULCÈRE SIMPLE
DU JÉJUNO-ILÉON

Travail de la Clinique chirurgicale de l'Hôpital St-Antoine
(Professeur Raymond GRÉGOIRE)

Président : M. GRÉGOIRE, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1937

MM		MM.	
LEMAIRE	Pathologie expérimentale	PIEDELIEVRE ..	Médecine légale
LEVEUF	Pathologie chirurgicale	PORTES	Obstétrique.
LEVY (M ^{re} J) ..	Pharmacologie.	RENARD (L.) ..	Ophtalmologie.
LEVY-VALENSI.	Neurologie et Psychiatrie	RICHET	Physiologie.
MENEGAUX ..	Pathologie chirurgicale.	SANNIE	Chimie biologique.
MOLLARET ...	Pathologie médicale.	SENEQUE	Pathologie chirurgicale
MOREAU	Pathologie médicale.	TROISIER	Pathologie expérimentale
MOULONGUET.	Pathologie chirurgicale	TURPIN	Pathologie médicale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.	VIGNES	Obstétrique.
OBERLING	Anatomie pathologique	WILMOTH	Pathologie chirurgicale
PETIT			
DUTAILLIS	Pathologie chirurgicale		

III Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens.

MM.		MM	
ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.	LARDENNOIS....	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.	LEROUX	Anatomie pathologique
CHAILLEY		NEVEU	
BERT	Physiologie.	LEMAIRE ...	Parasitologie
GUENIOT.....	Obstétrique.	PHILIBERT ..	Bactériologie.
		VAUDESCAL....	Obstétrique.

IV - Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent

MM		MM	
ALAJOUANINE	} Clinique médicale	BASSET	} Clinique chirurgicale
AUBERTIN		BROCQ	
BRULE		CADENAT	
CHABROL		GATELLIER	
CHIRAY		HEITZ-BOYER ..	
DONZELOT		MOURE	
DUVOIR		QUENU	
LIAN		SCHWARTZ	
PASTEUR		VELTER	
VALLERY-RADOT			
SEZARY		ECALLE	} Clinique obstétricale
		LE LORIER	
		LEVY-SOLAL ...	
		METZGER	

V - Chargés de cours

MM	
CHAILLEY-BERT, agrégé.	Education physique
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique
PHILIBERT, agrégé.. ..	Microbiologie.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLE	Puériculture

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A LA MEMOIRE DE MON GRAND-PERE

le Docteur Emile CABY

A LA MEMOIRE DE MON PERE

A MA MERE ET A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A MON MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur Raymond GREGOIRE

Professeur de Clinique Chirurgicale à la Faculté
Chirurgien de l'Hôpital Saint-Antoine

*Hommage de ma profonde reconnais-
sance et de mon respectueux dévouement.*

A MES MAITRES A LA FACULTE

Monsieur le Professeur Henri ROUVIERE

Professeur d'Anatomie à la Faculté
Membre de l'Académie de Médecine

Monsieur le Professeur André HOVELACQUE

Chef des Travaux Anatomiques à la Faculté

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Stage

- 1926. M. le Professeur WIDAL (*in memoriam*)
- 1927. M. le Professeur HARTMANN

Externat

- 1928. M. le Professeur Agrégé AUVRAY
- 1929. M. le Professeur BAUDOUIN
- 1930. M. le Docteur HALBRON
- 1930. M. le Professeur TEISSIER (*in memoriam*)
- 1931. M. le Docteur LESNE
- 1931. M. le Docteur MILIAN

Internat

- 1932. M. le Docteur COUTELA
- 1933. M. le Docteur LEVANT
- 1933. M. le Docteur GUIMBELLOT
- 1934. M. le Docteur TOUPET
- 1935. M. le Professeur Agrégé OKINCZYC
- 1936. M. le Professeur GREGOIRE

M. le Docteur GIRODE

M. le Docteur HUARD

INTRODUCTION

Nous étudierons sous le terme d'ulcère simple du jéjuno-iléon, les ulcérations qui ne relèvent ni de l'action d'un microbe spécifique, ni de l'action locale d'aucun agent chimique, ni d'un processus néoplasique, ni enfin d'un traumatisme localisé.

Cette définition qui correspond à celle que Quénu et Duval ont donné pour l'ulcère simple du côlon, est celle qu'admettent la plupart des auteurs qui ont déjà étudié l'ulcère simple du grêle.

Il faut reconnaître que ce terme groupe des affections de pathogénie différente. Il n'en est pas moins vrai que parmi toutes les lésions ulcéreuses qu'on peut observer au niveau du grêle, l'ulcère simple s'individualise par des lésions similaires macroscopiques et microscopiques, par une évolution, en général, progressivement destructive jusqu'à la perforation, mais parfois sténosante quand l'ulcère est induré ou calleux.

Cette étude se limitera aux ulcères du jéjuno-iléon, c'est-à-dire aux ulcères de la portion mobile de l'intestin grêle, depuis l'angle duodéno-jéjunal fixé par le muscle de Treitz jusqu'à la valvule iléo-cæcale.

Nous en excluons les ulcères du diverticule de Meckel et les ulcères jéjunaux secondaires aux gastro-jéjunostomies qui ont fait l'objet de nombreuses études très documentées et constituent des cas bien particuliers.

L'étude de l'ulcère simple du grêle présente, à notre avis, un intérêt non douteux. Il est vrai qu'il s'agit là d'une lésion rare. D'après Donati, il n'a jamais été rencontré sur 8.060 autopsies. Judd déclare, en 1921, qu'on n'en a jamais observé à la Mayo Clinic. Symmers n'a pas reçu d'ulcère simple sur 48.000 pièces provenant d'interventions chirurgicales.

Enfin, parmi 18.000 dossiers conservés à la clinique chirurgicale de l'Hôpital Saint-Antoine, nous n'en avons rencontré qu'un cas.

La rareté d'une affection n'est cependant pas un argument contre son intérêt. L'ulcère du diverticule de Meckel n'était pas connu par plus d'observations que l'ulcère du grêle quand il a été l'objet de travaux particulièrement féconds, puisque le diagnostic de cette affection est fait souvent avant l'intervention et a pu même être fait récemment dès la première hémorragie.

La rareté de l'ulcère simple est cependant toute relative. Si Le Basser ne trouvait, en 1921, que 23 cas pour sa thèse, Baillat, en 1925, fondait la sienne sur 62 cas d'inégale valeur, il est vrai, car certaines observations sont fort anciennes et trop succinctes.

Nous avons repris en détail toute la bibliographie et nous avons pu actuellement rassembler 142 observations dont 59 sont postérieures à 1925.

Trois cas sont inédits. L'un nous a été confié par notre

Maître, M. le Professeur Grégoire, l'autre par le Docteur Moncany (de Corbeil). Nous avons opéré le troisième dans le service du Docteur Toupet, quand nous étions son interne.

Nous croyons qu'il est intéressant de faire actuellement une étude d'ensemble que justifie le nombre des faits nouveaux apportés isolément dans le monde entier. Si les premières observations ne présentent qu'un intérêt historique, les autres sont assez nombreuses, assez détaillées du point de vue clinique, anatomique, histologique pour qu'on puisse essayer d'en dégager une description.

Nous sommes persuadé que, dans l'avenir, les observations ne feront que se multiplier. Trop souvent la lésion est passée inaperçue à l'intervention et n'a été trouvée qu'à l'autopsie. Espérons qu'à l'exemple de l'ulcère du diverticule de Meckel, l'ulcère simple du jéjuno-iléon pourra être diagnostiqué plus souvent avant l'intervention et parfois même avant toute complication comme déjà Ebeling l'a fait.

En tout cas, il mérite maintenant de ne plus être considéré comme une curiosité clinique.

Historique

Cruveilhier peut être considéré comme ayant le premier différencié l'ulcère simple du grêle de l'ulcère tuberculeux ou des ulcérations néoplasiques. Il dit dans son atlas d'Anatomie Pathologique que les considérations émises par lui à propos de l'ulcère simple de l'estomac s'appliquent aussi aux intestins. Il déclare, par ailleurs, en 1832, à la Société Anatomique : « Ce serait une erreur de dire que tous les ulcères chroniques de l'intestin grêle appartiennent à la classe des maladies tuberculeuses », et aussi, « L'ulcère chronique de l'intestin peut, comme l'ulcère aigu, déterminer la perforation de ce canal. »

Nous ne nous étendrons pas plus longtemps sur l'histoire de la question au siècle dernier. Il est donné d'une manière fort complète dans les thèses de Combes (Toulouse, 1897) et d'Abram (Paris, 1890). L'ulcère simple de l'intestin grêle était déjà, à cette époque, classé parmi les maladies connues. Au même moment, d'ailleurs, Bret à Lille l'étudiait au point de vue des problèmes médico-légaux qu'il pouvait poser. En 1911, la thèse de Laylavoix apportait des faits nouveaux.

Il faut arriver en 1920 à une revue générale publiée par

Leotta, pour réunir 22 observations dont deux seulement comportaient un examen histologique.

En 1921, Le Basser relatait un cas inédit, mais, tout comme Leotta, n'admettait que l'existence d'ulcère récent, aigu, dont le premier signe était la perforation. Cependant, en 1902, Quénu et Judet, à propos des rétrécissements fibreux du grêle, soulevaient déjà l'hypothèse d'un rétrécissement par ulcère simple chronique.

Richardson, en 1922, réunit 12 cas dont deux inédits. En 1924, Paterson Brown étudie 35 observations et décrit l'ulcère chronique qui siège plus fréquemment au niveau du jéjunum. L'année suivante, Oudard et Jean publient 56 cas. Mais en réalité, il n'y en a que 53, car trois de leurs observations, celles de Wagner, de Simpson et de Dodson sont publiées deux fois. Trois de leurs observations sont personnelles.

La même année, Baillat à Toulouse, et presque simultanément Grassman publient un travail. Celui de Baillat est le plus complet, comportant 62 observations dont une inédite.

Depuis cette époque, nous n'avons relevé que deux courtes études d'ensemble dues à Ebeling et Smith. Ebeling apporte une observation personnelle particulièrement intéressante, grâce à la radiologie.

Pendant le même laps de temps, un certain nombre d'observations isolées ont été publiées, accompagnées de quelques commentaires.

Nous n'avons pas conservé toutes les observations déjà relevées dans certaines études et nous en donnerons plus loin les motifs pour chacune. Certaines, plus intéressantes,

seront citées au chapitre du diagnostic différentiel. Il est certainement préférable de supprimer des cas douteux plutôt que de fausser une statistique.

Cependant, certaines observations ont été conservées pour leur intérêt historique, malgré le peu de détails qui y sont **donnés**.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les observations relevées, même les anciennes, fournissent une description assez détaillée des lésions. A leur lecture, on ne peut manquer d'être frappé par la fréquence de certains caractères anatomiques et on peut dégager de leur étude des conclusions intéressantes.

Siège

Il paraît bien conventionnel de distinguer, dans la portion du grêle qui fait l'objet de cette étude, deux parties : le jéjunum et l'iléon.

Les anatomistes, qui ont conservé cette distinction, considèrent le jéjunum comme constitué par le tiers ou les deux cinquièmes supérieurs de la portion mobile du grêle. Et si on admet que la longueur totale de cette portion est, en moyenne, de 6 m. 50, on donnerait au jéjunum une longueur de 2 mètres ou 2 m. 50.

En fait, il nous paraît légitime de conserver dans notre description anatomique, comme dans notre description clinique, une semblable classification, et voici pourquoi :

L'ulcère du jéjunum-iléon survient, en effet, avec une

fréquence toute particulière aux deux extrémités de la portion mobile du grêle. Il semble, en gros, que le premier et le dernier mètre de cette portion soient le siège presque exclusif des ulcères simples.

Aussi, sans vouloir donner une base anatomique solide à cette classification, on se trouve autorisé à distinguer un siège jéjunal et un siège iléal, étant admis que cela revient en fait à dire : début ou terminaison du jéjuno-iléon.

Si nous relevons le siège de l'ulcère dans nos 142 observations, nous constatons :

Dans 78 cas, l'iléon.

Dans 51 cas, le jéjunum.

Dans 6 cas, la partie moyenne du grêle.

Dans 7 cas, le siège n'est pas précisé.

Le rapport entre le nombre des ulcères du jéjunum et celui des ulcères de l'iléon est approximativement de deux pour trois. Ce chiffre est en contradiction avec les statistiques précédentes. Baillat, par exemple, donne 10 cas d'ulcère du jéjunum contre 38 de l'iléon, soit près de un pour quatre. Il semble donc bien que l'ulcère du jéjunum soit moins rare qu'on n'a bien voulu le dire.

Nombre

Il semble, en outre, qu'il y ait une certaine opposition entre les ulcères du jéjunum et ceux de l'iléon, et ceci est un argument de plus pour nous pousser à faire entre les deux, du point de vue anatomique, une distinction qui est indéniable du point de vue clinique dans la plupart des cas.

Nous ne trouvons, en effet, qu'une seule observation,

celle de Brigidi en 1893, où deux ulcères de la première portion du grêle soient associés à une ulcération voisine du cæcum. Dans tous les autres cas d'ulcères multiples, les ulcérations restent cantonnées, soit au jéjunum (6 cas), soit à l'iléon (16 cas).

En outre, presque toutes les fois, il n'y a qu'un petit nombre d'ulcérations, deux, trois ou quatre. Il serait d'ailleurs vain de vouloir faire entrer dans le cadre des ulcères simples, des observations où les lésions ulcéreuses sont innombrables et étagées tout le long de l'intestin.

De description macroscopique

Il est commode de distinguer deux types d'ulcus : l'ulcus récent aigu et l'ulcus ancien chronique.

Il faut cependant faire à ce sujet quelques réserves, car il ne s'agit là que d'une hypothèse. C'est, en fait, sur l'induration périulcéreuse qu'on se fonde pour établir cette distinction. Mais, s'il semble légitime de considérer comme ancien un ulcus calleux, il paraît un peu hasardeux de qualifier d'aigu, comme on l'a fait, un ulcère non induré. Au fond, nous n'en savons rien, et il serait plus exact de distinguer l'ulcère induré et l'ulcère non induré.

Ces réserves étant faites, nous conserverons cette division.

**

L'ulcère aigu est rarement observé, en dehors de la perforation qui paraît son évolution naturelle et rapide.

Mais ce n'est là qu'une supposition et il est bien possible que l'ulcère aigu, non compliqué, existe beaucoup plus souvent qu'on ne le pense.

Dans certains cas d'ulcères perforés, on a observé d'autres ulcères non perforés qui présentaient l'aspect que nous allons décrire.

La forme de l'ulcère aigu est arrondie, circulaire dans l'immense majorité des cas. Il peut être aussi ovalaire, à grand axe longitudinal, transversal ou plus rarement oblique, par rapport à celui de l'intestin.

Ses dimensions sont variables ; généralement, il est petit, de deux millimètres à un centimètre de diamètre.

Les bords sont nets, découpés comme à l'emporte-pièce. La muqueuse y est parfois un peu décollée, mais paraît saine tout autour. Il n'y a pas d'induration perceptible.

L'ulcère peut n'intéresser que la muqueuse ou être plus profond. Habituellement, il présente une forme en entonnoir ou en gradins, plus étendu au niveau de la muqueuse que de la séreuse. A l'entour, la muqueuse comme la séreuse paraît normale, souple. Il y a parfois une petite auréole rouge du côté de la muqueuse.

Le fond de l'ulcère est grenu et pâle, jaunâtre. Quand il est perforé, la perforation est habituellement petite, lenticulaire. Dans quelques cas elle était si minime qu'elle a passé inaperçue. Elle siège sur le centre, ou moins souvent sur le bord de l'ulcère.

C'est exceptionnellement qu'on a rencontré une perforation séreuse plus étendue que l'ulcération muqueuse, avec un peu de muqueuse faisant hernie par l'orifice.

L'ulcère chronique est presque toujours unique ; ses bords sont indurés à la palpation. L'induration s'étend sur une surface variable autour de l'ulcère. Ce type est très fréquemment rencontré au niveau du jéjunum.

La sclérose peut donner des modifications visibles de la paroi intestinale : plaque blanchâtre de la séreuse, rétraction en étoile autour de l'ulcère. L'induration peut atteindre une consistance très dure, cartilagineuse.



FIG. 1. — Pièce d'ulcère chronique (Ebeling, 101). Les épingles sont placées au bord proximal et au bord distal de la pièce.

Le processus de sclérose tend souvent à prendre une forme annulaire, entourant l'intestin d'une véritable sténose qui rétrécit sa lumière, amenant une hypertrophie, et plus tard une dilatation de l'intestin sus-jacent.

Par ailleurs, l'ulcère chronique contracte fréquemment des adhérences avec des organes voisins : mésentère, autre anse grêle, mésocôlon, épiploon. C'est une nouvelle cause d'occlusion que ces adhérences d'anse à anse. On a vu ainsi un ulcère produisant une coudure en Z ou accolant le pied d'une anse en fer à cheval.

L'ulcère chronique n'est pas indemne de perforation, et cette perforation se fait le plus souvent en péritoine libre. Dans ces cas d'ailleurs, la friabilité des parois intestinales peut obliger à une résection plus ou moins étendue.

Il existe cependant plusieurs cas de perforation cloisonnée ou d'ouverture dans un viscère voisin. Tel est le cas de König où une ulcération sténosante s'était ouverte dans le côlon, ou celui de Chabrut où la perforation cloisonnée avait formé un clapier contenant des pépins de raisin.

Quelquefois, on a constaté une adénopathie mésentérique qui n'a jamais été bien volumineuse. Le microscope n'y a montré que des lésions inflammatoires banales. Dans un seul cas (Holtzweissig) il y avait deux masses assez grosses dans le mésentère, mais il n'est pas sûr qu'elles fussent ganglionnaires.

La culture des ganglions faite par Paterson Brown a donné du colibacille et du streptocoque.

★★

L'ulcère siège presque toujours sur le bord libre de l'intestin, ou à son voisinage. C'est à ce niveau que les vais-

seaux présentent leur calibre le plus fin, et on est tenté de faire un rapprochement. Pourtant c'est la région du bord mésentérique qui est la moins bien vascularisée mais l'ulcère du bord mésentérique constitue une rareté dont on ne connaît que neuf cas, sur lesquels nous reviendrons.

Evolution anatomique

Quelle que soit la variété d'ulcère, l'évolution la plus fréquente, et on peut même dire actuellement l'évolution normale, est la destruction progressive de la paroi intestinale jusqu'à la perforation.

Celle-ci se fait, presque toujours, en péritoine libre même dans des cas d'ulcère chronique adhérent aux organes voisins.

Dans les perforations jéjunales opérées tôt, on a trouvé un épanchement aqueux, verdâtre, contenant des flocons de fibrine, des matières alimentaires, de la bile, ressemblant en un mot à l'épanchement qu'on observe dans une perforation d'ulcus duodénal.

Holtzweissig a constaté qu'il donnait une réaction acide. Son cas est cependant bien particulier car il y avait un calcul obstruant le canal cholédoque.

L'ensemencement du liquide n'a été fait qu'une fois (Smith). La culture est restée stérile.

Dans les perforations iléales, l'examen chimique a été pratiqué une seule fois et a montré une réaction alcaline (Hofhauser). La culture du liquide péritonéal a donné quatre fois une flore intestinale banale ou simplement du colibacille.

Dans nombre de cas, l'incision tardive a donné issue à un liquide purulent, parfois fétide et mêlé de matières fécales.

La présence de gaz non fétides n'est pas signalée souvent. Il est vrai que la quantité de gaz épanchés peut être très minime, comme il a été constaté en particulier dans les observations 141 et 142. Il est vrai aussi que bien des auteurs n'y ont pas prêté attention. Dans quelques cas, on a recherché cliniquement la disparition de la matité hépatique, parfois sans succès. Jamais l'examen radiographique n'a été pratiqué, ou du moins relaté.

La perforation en péritoine cloisonné n'est survenue que cinq fois, et à la suite d'ulcères de l'iléon. Trois ont guéri.

L'occlusion est une complication fréquente, nous l'avons vu et elle peut coexister avec une perforation de l'ulcère. On peut admettre dans ce cas que la distension intestinale ait hâté la rupture d'un ulcère profond.

La cicatrisation est une éventualité possible. On peut constater sur certaines pièces une tendance cicatricielle. Mais, en dehors d'une pièce présentée par Cruveilhier, à la Société Anatomique, on ne possède aucune autre observation d'ulcère cicatrisé. Tous les cas constatés ont été vus opératoirement par l'extérieur et rien ne prouve que la tache blanche, en étoile ou arrondie, présentée par le péritoine, ne coexistait pas avec une ulcération du côté muqueux. La cicatrisation est cependant une éventualité à envisager.

Lésions associées

Dans douze observations, la coexistence d'une hernie est notée. Nous ne croyons pas qu'on puisse en tirer une conclusion quelconque. L'affection est si banale que le fait n'a rien d'extraordinaire. Dans aucun cas, évidemment, il ne s'agissait de hernie étranglée contenant de l'intestin ; le diagnostic d'ulcère simple serait alors plus que douteux. Mais parfois, l'accumulation de liquide péritonéal purulent dans le sac a pu faire penser faussement à ce diagnostic.

Holtzweissig a trouvé à l'autopsie de sa malade une obstruction calculeuse du cholédoque. C'est le seul cas de cet ordre, mais il permet quelques déductions pathogéniques.

Puhl trouve une tumeur fibreuse faisant saillie dans la lumière intestinale.

Schilling insiste sur l'atrophie de la rate, chez son malade.

Beaucoup plus intéressante est la coexistence d'ulcères d'autres sièges : ulcère du cæcum (Maragliano, Parcelier), ulcère du rectum (Rogée) et surtout dans quatre cas, ulcère gastrique ou duodénal. Ces quatre cas concernent des ulcères de jéjunum et cette coïncidence nous paraît à retenir. Un cas tout particulièrement intéressant est celui de ce cuisinier dont parle Barber qui avait déjà présenté deux perforations d'ulcère duodénal, 4 ans et 9 ans avant que de perforer un ulcère jéjunal primitif.

Heinatz ne craint pas d'écrire à propos d'une observation où trois ulcères coexistaient sur la petite courbure,

le duodénum et le jéjunum : « Si on cherchait plus souvent un ulcère du jéjunum quand on opère un ulcère de l'estomac, on en trouverait qui sont mis sur le compte de la gastro-jéjunostomie ». C'est là une hypothèse qu'il serait intéressant de chercher à vérifier.

Rotgans chez un malade à qui il comptait faire une gastro-entérostomie pour ulcère gastrique ne trouve pas d'ulcère de ce siège, mais un ulcère jéjunal qui aurait été compté comme secondaire s'il avait passé inaperçu à l'opération.

Examen histologique

Qu'il s'agisse d'un ulcus récent aigu ou d'un ulcère chronique, les lésions présentent un grand nombre de points communs au microscope. C'est ce qui résulte des 53 examens histologiques pratiqués, dont plusieurs sont très explicites.

Nous ne saurions mieux faire que de citer d'abord le compte rendu histologique très complet donné par Leotta, et qui s'applique à un ulcère non induré :

« Le fragment excisé d'un des bords de l'ulcère est fixé à l'alcool et coloré à l'hématoxiline éosine. A un petit grossissement on peut reconnaître les diverses couches de la paroi intestinale. La muqueuse s'arrête brusquement après s'être un peu incurvée vers la lumière de l'ulcère. La musculieuse est aussi détruite, la séreuse est un peu mieux conservée. Elle déborde la musculieuse vers le fond de l'ulcère.

A un plus fort grossissement, nous voyons que sur tous

les bords de l'ulcère existe une substance granuleuse mal colorée correspondant à la zone nécrotique qui réunit la portion de muqueuse incurvée vers l'orifice avec la séreuse. Sur la muqueuse, on note comment l'épithélium de la partie recourbée vers l'orifice se présente dans le voisinage immédiat de la perte de substance : elle s'arrête brusquement, une portion a perdu la propriété de se colorer, à une petite distance on peut reconnaître les cellules bien colorées et d'aspect normal. Sur la sous-muqueuse, à la limite de la zone nécrotique finement granuleuse, déjà citée, on note une légère infiltration leucocytaire, on voit aussi quelques capillaires distendus par un résidu sanguin en parfait état de conservation.

La muqueuse est mal colorée au voisinage de l'ulcère, où elle se continue avec la zone nécrotique, tandis que si on s'éloigne de la zone mal colorée, celle-ci présente une légère infiltration leucocytaire comme la sous-muqueuse, et les faisceaux musculaires sont un peu dissociés, mais bien conservés et bien colorés.

Sur la séreuse on note une prolifération des éléments et une infiltration intense des leucocytes polynucléaires, dues évidemment à la péritonite en cours, mais celle-ci est isolée et se termine vers l'orifice correspondant à l'ulcère, à la seule zone nécrosée.

Sur le fragment excisé, on ne voit pas de vaisseaux sanguins d'importance notable, à l'exception d'une artériole qui est oblitérée, mais qui ne présente pas d'altérations pariétales. »

Nous avons fait pratiquer des coupes de l'ulcère induré que nous avons pu prélever (Observation n° 142). M. le Professeur agrégé Moulonguet a bien voulu les examiner et nous lui en sommes particulièrement reconnaissant. Voici le compte rendu qu'il nous a remis :

Les deux coupes examinées montrent :

la première, le bord de l'ulcération,

la seconde, la perforation complète.

sur la première préparation (Fig 2), on observe une



FIG. 2. — Pièce personnelle. Coupe passant par le bord de l'ulcère.

image en cupule dont l'ouverture, large, siège au niveau de la muqueuse, tandis que le fond s'affine sur la sous-séreuse. La sous-muqueuse et la musculieuse sont donc traversées.

Dans ce cratère on trouve des lésions caractéristiques de l'auto-digestion : au centre, des éléments complètement méconnaissables ; à la périphérie, des éléments normaux (tissu conjonctif et fibres musculaires lisses) en voie de digestion. Les éléments déjà digérés prennent une coloration spéciale, qui est celle des parois des ulcères gastriques térébrants.

La sous-séreuse est très épaissie comme s'il y avait un processus de défense de l'organisme pour combler la perforation.

La muqueuse, en regard de l'ulcère, est très œdématisée.

Notons que la réaction inflammatoire est minime, en rapport seulement avec le processus diastasique. Il n'y a pas d'éléments infectieux.

La deuxième coupe (Fig. 3) montre la perforation complète. Sur les bords de l'ulcération, on remarque les mêmes lésions d'auto-digestion que sur la coupe précédente. On ne retrouve aucun élément d'infection, aucune lésion vasculaire.

Là également, la sous-séreuse est nettement hyperplasiée. On note, en outre, un glissement de la muqueuse à la paroi interne du canal de perforation, constituant une ébauche de cicatrisation.

Ces deux faits permettent de suggérer — mais sous

réserve — que le processus de perforation n'a pas été extrêmement rapide.



FIG. 3. — Pièce personnelle. Coupe passant par la perforation.

Enfin, on constate sur les deux coupes, l'absence de tout élément de muqueuse gastrique.

★★

Les exemples pourraient être multipliés, les constatations sont les mêmes : section nette des tissus, lésions de

nécrose sur les bords, absence de réaction inflammatoire importante.

Dans certains cas cependant, qui appartiennent habituellement au type chronique, il existe une infiltration leucocytaire notable, une réaction scléreuse assez prononcée. La thrombose de petits vaisseaux est plusieurs fois signalée.

Dans trois cas, ceux de Del Valle, Puhl, Ruggieri, on a constaté un îlot de muqueuse gastrique au voisinage de l'ulcère. Puhl a constaté aussi un pancréas accessoire avec canal excréteur. Ces constatations sont extrêmement importantes et nous y reviendrons à propos de la pathogénie.

Nous donnerons ici le compte rendu histologique du cas de Ruggieri qu'illustrent deux figures reproduites avec l'aimable autorisation de l'auteur :

« Dans les coupes examinées, faites sur des fragments de paroi coupés transversalement, nous nous sommes trouvé en présence d'une structure topographique normale. Des altérations, dignes d'être prises en considération, se rencontrent aux dépens de la muqueuse qui, en outre, se présente sous deux aspects différents.

Dans une des moitiés de la coupe (Fig. 4), le revêtement muqueux a les caractères suivants : glandes muqueuses très profondes, en partie ramifiées, presque toutes à contours tortueux qui s'ouvrent dans les interstices parmi d'abondantes villosités, villosités de longueur et de structure normales ; chorion anormalement épais ; muscularis mucosae parfaitement dessinée, en trait continu ; follicules lymphatiques intensément hyperplasiés, du type des plaques de Peyer.

A côté de cette muqueuse qui a tous les caractères de la muqueuse intestinale, dans l'autre moitié de la coupe, le revêtement muqueux présente un aspect tout à fait différent. Ce qui, plus grossièrement, peut servir à le caractériser est l'absence totale de villosités (Fig. 4). Il est à no-

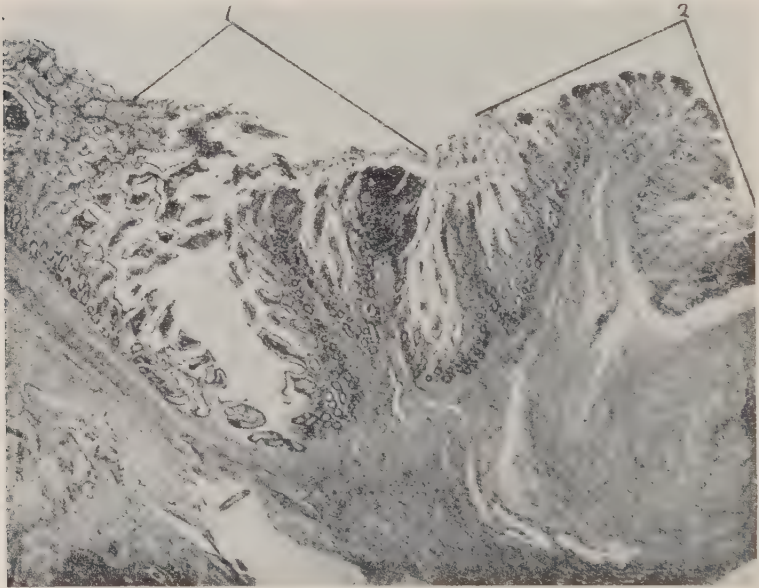


FIG. 4. — (Ruggieri). — 1) Zone avec aspect de muqueuse intestinale pourvue de villosités. 2) Zone de muqueuse privée de villosités.

ter qu'il ne s'agit pas d'une absence due à un artifice de technique ou à des processus d'atrophie ou de destruction, puisque, dans ses grandes lignes, cette muqueuse est constituée normalement et recouverte à son bord libre d'un épithélium en couche continue. Les glandes muqueuses aussi se distinguent de celles décrites précédem-

ment : elles sont de longueur beaucoup plus petite, rectilignes et parfaitement perpendiculaires au plan de la muscularis mucosae. Les follicules lymphatiques, en outre, à la différence de ceux observés dans la zone pourvue de villosités, sont isolés, dans quelques cas hyperplasiés et dans quelques autres cas atrophiés.

En un point, il existe une complète disparition du revê-

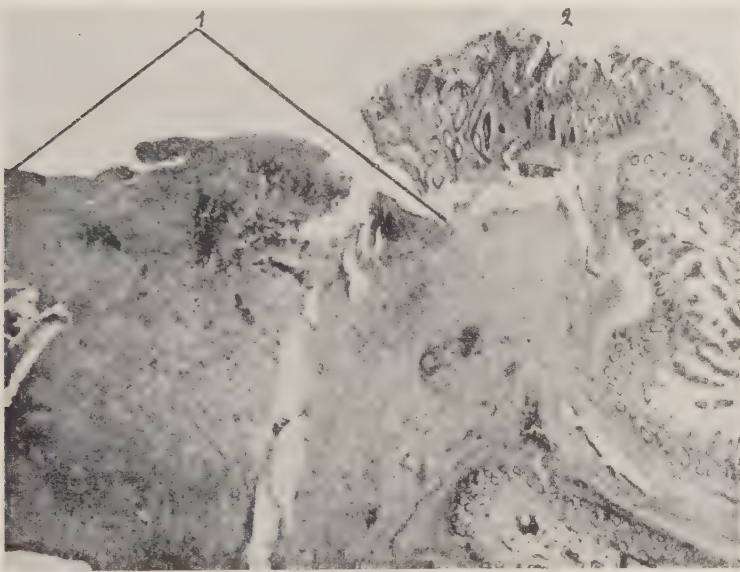


FIG. 5. — (Ruggieri). — 1) Ulcère. 2) Muqueuse à structure gastrique.

tement muqueux qui est remplacé par une masse fibrineuse, en partie hyaline, contenant des globules rouges, quelques rares fibroblastes et un grand nombre de polynucléaires neutrophiles qu'on découvre dans les différentes couches de la paroi jusqu'à la séreuse (Fig. 5). À proxi-

mité de cette zone, qui correspond évidemment à l'ulcération, existent des signes de réaction mésenchymateuse notable au niveau de toutes les couches ; on rencontre des fibroblastes, des plasmastzellen, des zones de réaction lymphocytaire périvasculaire, des éosinophiles. A noter, au niveau de la sous-séreuse, la présence de nombreux mastzellen avec de petits foyers hémorragiques. La sous-muqueuse, à distance de l'ulcère, a quelques points de réaction mésenchymateuse. La musculaire est hypertrophiée, aussi bien dans ses couches longitudinales que dans ses couches circulaires, et présente des signes de prolifération mésenchymateuse interfasciculaire. Même dans la sous-séreuse, il y a prolifération des éléments conjonctifs. La séreuse présente un aspect normal, excepté des dépôts fibreux disposés irrégulièrement sur la surface externe. »

Nous avons fait couper en série notre pièce pour chercher s'il n'existait pas, en un point, de muqueuse gastrique hétérotopique. Cet examen a été négatif.

Mais, même en dehors de ces anomalies tissulaires bien spéciales, la similitude des lésions histologiques relevées dans les différents cas publiés est frappante et on peut en tirer des conclusions intéressantes pour la pathogénie de l'ulcère simple du jéjuno-iléon.

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

Certaines circonstances étiologiques constituent probablement des causes prédisposantes.

Si on fait la statistique de l'âge, on constate, quel que soit le siège de l'ulcère, qu'il survient dans près de la moitié des cas entre 30 et 50 ans.

C'est le sexe masculin qui est le plus souvent atteint : 105 hommes pour 33 femmes.

La prédominance du sexe masculin et de la quarantaine a déjà été constatée pour la perforation des ulcères gastroduodénaux.

Ces faits mis à part, peut-on déterminer l'étiologie et la pathogénie de l'ulcère simple de l'iléon ? Il est impossible actuellement de le faire et cela n'a rien d'étonnant si on songe que la cause exacte de l'ulcère de l'estomac n'est pas encore élucidée.

Cependant, certains points du mécanisme peuvent être précisés et expliqueront peut-être pourquoi l'examen histologique montre toujours des lésions comparables, bien qu'on doive probablement invoquer des étiologies différentes.

Nous étudierons les diverses étiologies qui peuvent être incriminées.

	SEXE		
	Homme	Femme	Sexe inconnu
Jéjunum	35	16	0
Iléon	66	16	2
Siège inconnu.....	4	1	2
Total	105	33	4

	AGE			
	Iléon	Jéjunum	Siège Inconnu	Total
0 à 10.....	0	0	1	1
10 à 20.....	5	1	1	7
20 à 30.....	11	8	1	20
30 à 40.....	17	10	1	28
40 à 50.....	23	12	0	35
50 à 60.....	11	9	0	20
60 à 70.....	5	6	0	11
70 à 80.....	2	1	1	4
Age ?.....	10	4	2	16
Total	84	51	7	142

Les anomalies tissulaires

Depuis longtemps on sait qu'une muqueuse intestinale mise au contact d'une muqueuse gastrique présente souvent une ulcération à type peptique. Les nombreux cas d'ulcère jéjunal post-opératoire suffisent à le prouver.

Expérimentalement, Matthews, Dragstedt, Kunlin ont constaté une telle lésion dans une anse intestinale exclue reliant à la peau un petit estomac de Pawlow. Et mieux, Leriche a reproduit un ulcère en transplantant dans l'iléon un fragment gastrique.

Par ailleurs, on sait que le diverticule de Meckel est fréquemment le siège d'ulcères peptiques par suite de la présence anormale d'un ilôt de muqueuse à type gastrique. Cette notion, bien que récente, est définitivement acquise par un nombre important de pièces et de faits rassemblés durant ces dernières années. Il semblait logique de penser à la possibilité d'un tel ulcère peptique dans l'intestin grêle, en l'absence de diverticule de Meckel. D'ailleurs, Nicholson avait montré la présence de glandes gastriques dans l'intestin. Cependant, jusqu'à ces dernières années, il ne s'agissait que d'une hypothèse séduisante mais non vérifiée, car on n'avait pas encore signalé de muqueuse gastrique au voisinage d'un ulcère du grêle.

C'est, croyons-nous, Del Valle qui a présenté la première pièce opératoire qui permette d'affirmer l'existence d'ulcère peptique par muqueuse gastrique hétérotopique. Malheureusement, les détails manquent. L'auteur s'est borné à une courte observation à l'occasion d'un ulcère du jéjunum présenté à la Société de Chirurgie de Buenos-Ayres par Zeno. Une étude plus approfondie devait être donnée à la Société de Gastro-entérologie de cette ville. Nous n'avons pas pu la retrouver.

Deux autres cas ont été publiés depuis par Puhl en 1933 et Ruggieri en 1935.

Il semble donc qu'une telle étiologie soit à retenir et

il est infiniment probable que l'avenir nous en apportera la confirmation par des faits nouveaux, si les auteurs qui observeront de nouveaux cas font couper en série leur pièce opératoire.

Le cas de Ruggieri est particulièrement bien étudié du point de vue histologique. Nous avons cité plus haut son compte rendu, in extenso, et reproduit ses figures.

L'observation de Puhl comporte d'autres anomalies tissulaires. Nous ne croyons pas qu'on puisse tirer des conclusions de la présence de quelques glandes de Brünner. Mais il existait aussi un pancréas surnuméraire dont le canal excréteur venait s'ouvrir auprès de l'ulcère.

Une telle anomalie pourrait être à l'origine d'une ulcération tryptique. C'est ce que se demande Puhl. Mais, le canal excréteur ne s'ouvre qu'auprès de l'ulcère, séparé de lui par une zone de muqueuse intestinale non détruite, tandis que la muqueuse gastrique est au contact même de l'ulcère. Ce que nous savons de l'ulcère du diverticule de Meckel fait plutôt penser à une origine peptique dans ce cas particulier.

Cependant, la présence d'un îlot pancréatique surnuméraire est à retenir et doit être recherchée désormais. Elle a été signalée à la fin du grêle, en particulier par Hecker et Bicart. Elle avait d'ailleurs été décrite par Schreuder dans un diverticule ulcéré qui siégeait à l'union du jéjunum et de l'iléon et avait causé une hémorragie grave chez un enfant de huit ans.

En résumé, la présence d'une anomalie tissulaire constitue une cause indéniable d'ulcère. Mais, cette étiologie mise à part, il faut avouer que nous ne savons rien de sûr.

L'auto-digestion

L'auto-digestion est la pathogénie invoquée dans les ulcères causés par un îlot de muqueuse gastrique hétérotopique. Encore faut-il bien dire que tous les éléments de ce mécanisme ne sont pas encore connus, même dans ces cas simples.

Mais, ceci mis à part, l'auto-digestion est l'hypothèse à laquelle se rallient la plupart des auteurs qui se sont occupés des ulcères du grêle, au moins dans ces dernières années. Les nombreuses recherches faites à propos de l'ulcère de l'estomac et du duodénum ont permis d'obtenir depuis longtemps des ulcères du jéjunum ou de l'iléon ; aussi nous a-t-il paru inutile d'essayer à nouveau de créer des ulcères simples expérimentaux.

Rappelons les recherches de Mann, de Williamson, de Jona, de Kawamura qui ont obtenu des ulcères par dérivation isolée ou globale des sucs duodénaux, pancréatiques et biliaires. Elles ont servi de base à de nombreux travaux qu'ont résumés l'important mémoire d'Ameline et Jonckheere en 1930, le rapport de Leriche au Congrès de Chirurgie de 1931. Rappelons, parmi les expériences plus récentes, celles de Stilzer qui obtient des ulcères intestinaux par injection d'histamine après gastro-jéjunostomie avec exclusion du pylore.

Il est certain, par ailleurs, que le même mécanisme ne peut être invoqué pour les ulcères du jéjunum et ceux de l'iléon. Il paraît logique de donner au suc gastrique non neutralisé une action dans la pathogénie des ulcères du jéjunum, et ceci semblerait corroboré par le cas d'Holtz-

weissig où les ulcères jéjunaux avaient succédé à une obstruction récente de l'ampoule de Vater.

L'association non exceptionnelle d'ulcus gastriques, duodénaux et jéjunaux fait penser que le problème est identique quel que soit le siège de l'ulcus.

Cependant, l'acidité gastrique n'est pas seule en cause. Ainsi Bauer et Aron ont constaté un ulcère jéjunal après gastrectomie totale. Williams cite un cas d'ulcère jéjunal perforé après gastro-entérostomie pour cancer. Meyer et Rubin ont montré que les alcalins ne cicatrisent pas les ulcères expérimentaux du chien et n'empêchent pas leur production.

Faut-il faire intervenir une carence en acides aminés ou une altération de la sécrétion muqueuse ? Le problème n'est pas résolu.

Pour les ulcères de la partie basse de l'iléon, il semble difficile de mettre en cause les sécrétions gastriques. Th. Anger ne craignait pas de le faire en 1872 pour un ulcère du cæcum dû, en réalité, à la distension causée par un rétrécissement du rectum. Judine cite un cas d'ulcère perforé de l'iléon après gastrectomie large.

Les auteurs favorables au mécanisme de l'auto-digestion incriminent, pour les ulcères bas situés, le suc pancréatique et Grassman cite à l'appui de cette manière de voir des recherches expérimentales. Déjà Gaglio, en 1884, avait montré que le suc pancréatique peut digérer l'intestin post mortem.

Comme il existe une stase physiologique au niveau de la fin de l'iléon qui, par ailleurs, est moins bien vascularisé que le reste du grêle, on peut trouver là une cause pré-

disposante à la production d'ulcère sur ce segment intestinal.

En résumé, on peut admettre que sous l'influence de facteurs qui nous échappent, l'intestin perde sa propriété de résistance à l'auto-digestion par les sécrétions gastriques ou pancréatiques.

Cependant, on ne tiendrait là qu'une étape de la pathogénie de l'ulcère du grêle, mais ce mécanisme jouerait dans tous les cas et imprimerait aux lésions leur caractère spécial de nécrose avec un minimum d'inflammation.

L'infection

Quelle est la part de l'infection dans la production des ulcères du grêle ?

On connaît l'importance que Duval, Gatellier, J. Ch. Roux et Moutier donnent à l'infection dans l'évolution de certains ulcères gastriques. Il semble qu'il puisse en être de même pour certains ulcères intestinaux.

La fièvre qui précède, dans quelques cas, la perforation, la réaction inflammatoire parfois assez marquée, la culture de ganglions mésentériques faites par Paterson-Brown, donnent des arguments à la théorie inflammatoire.

C'est cette théorie qui était le plus en faveur anciennement. Cruveilhier, Broussais, admettaient une inflammation de la muqueuse irritée par le contenu de l'intestin.

Le bacille de Morgan, parasite du grêle, a été incriminé par Renon et Blamoutier dans un cas d'ulcérations de l'iléon survenues chez un malade atteint de cancer du rectum. Expérimentalement, Lancelin, cité par Oudard et

Jean, n'a pu réussir à obtenir des ulcères avec ce bacille. Seul Turck a obtenu des lésions intestinales en faisant ingérer des cultures de colibacilles à des chiens.

Mais, à côté de l'action directe du microbe sur la muqueuse, on a mis en cause l'action de sa toxine.

Rappelons les lésions intestinales obtenues par Rosenow en injectant à des lapins du streptocoque par voie veineuse. Gale cite une malade qui a fait trois perforations intestinales précédées chacune d'une poussée de furonculose du conduit auditif externe. Bigger a obtenu une fois du colibacille à l'hémoculture.

Rappelons aussi les ulcérations intestinales de certaines maladies infectieuses. Nous citerons plus loin des observations d'ulcère ou de perforation du grêle ou une septicémie à pneumocoque, et même à gonocoque, était en cause. Dans l'érysipèle on peut, à côté d'ulcérations, observer des taches ecchymotiques (Larcher et Juery) qui ont été notées dans plusieurs des observations que nous relatons.

Gandy, dans sa thèse (1898), dit qu'une toxémie peut provoquer sur le tube digestif des lésions de nécrose hémorragique aiguë aboutissant à une escarre, puis à une ulcération et Ghelfi en 1907 admet aussi une origine infectieuse hématogène pour l'ulcère intestinal. C'est ce mécanisme que de Rouville et Roger admettent pour un cas d'ulcérations et perforations multiples du grêle et du cæcum.

Cependant, si on lit les observations d'ulcère simple du grêle, on se rend compte que bien des cas paraissent dépourvus de manifestations infectieuses. Et expérimentales-

ment, les méthodes bactériologiques sont certainement celles qui ont donné le moins de résultat. Il semble que la théorie microbienne soit loin d'expliquer tous les cas d'ulcère du grêle. Mais l'infection secondaire peut jouer un rôle important dans la pathogénie des ulcères chroniques en empêchant leur cicatrisation.

Troubles vasculaires

Les ulcérations qui surviennent comme épiphénomènes des thromboses artérielles ou veineuses étendues n'ont rien à voir évidemment avec les ulcères simples de l'intestin.

Mais, à côté de ces lésions des gros troncs, les lésions des petits vaisseaux intra-pariétaux doivent entrer en ligne de compte.

Certains auteurs supposent qu'il s'agit d'embolies microscopiques et A.-W. Fischer relate les anciennes observations dues à Parenski d'ulcères d'origine embolique. Des lésions d'athérome ont été constatées à l'autopsie de plusieurs sujets atteints d'ulcères simples, mais chez des hommes ayant dépassé la cinquantaine le fait est bien banal. Plus intéressante est l'observation de Smith qui concerne un malade atteint de thrombo-angéite oblitérante. Il faut dire que c'est le seul cas de cet ordre.

Des expérimentateurs ont fait des recherches dans ce sens en provoquant une vaso-constriction localisée, une anémie par ligature ou embolie artérielle. Ces expériences ont donné bien moins de succès que les expériences par dérivation des suc digestifs.

Dans plusieurs examens histologiques d'ulcères du grêle,

on a relevé des lésions de thrombose artérielle comme Quénu et Duval l'avaient fait dans un cas d'ulcère simple du rectum. Mais ces lésions sont-elles primitives, ou secondaires à l'ulcération ?

Bien plus intéressantes sont les lésions de l'endothélium vasculaire qui ont été trouvées par Reilly et ses collaborateurs dans leurs expériences avec l'endotoxine typhique et d'autres poisons microbiens ou chimiques. Mais, il ne s'agit là cependant que d'une partie du mécanisme qui détermine les hémorragies et les perforations de la fièvre typhoïde.

Il doit bien en être de même pour les lésions vasculaires constatées dans plusieurs cas d'ulcère simple. Si elles peuvent entrer en ligne de compte pour leur pathogénie elles n'expliquent pas toute leur étiologie.

Pathogénie nerveuse

Une telle pathogénie comporte des arguments intéressants en sa faveur. Elle n'est pas récente puisque Brown-Séquard et Rokitansky l'invoquaient déjà. On cite les anciennes conclusions d'Acland (1884) à propos de deux cas d'ulcères intestinaux chez des paraplégiques.

En revenant à une époque plus moderne, on sait que des lésions digestives sont survenues après des opérations pour tumeur cérébrale, ou coexistaient avec des tumeurs de la région du troisième ventricule. Cushing a communiqué des faits de cet ordre en 1932 dans un très important travail.

Expérimentalement, on a obtenu des ulcérations digestives par des lésions nerveuses très diverses : lésions pé-

riphériques du vague ou du sympathique, lésions centrales en particulier de l'hypothalamus comme Keller l'a montré tout récemment.

Par ailleurs, Reilly et ses collaborateurs ont montré qu'on obtient des perforations intestinales en injectant au contact du sympathique abdominal des poisons microbiens ou chimiques.

Il faut rapprocher de ces faits, ceux qui ont trait à des lésions des glandes endocrines. Citons, en particulier, Mac Laughlin qui a produit des ulcères aigus ou chroniques du jéjunum par cautérisation limitée des surrénales. Les lésions endocriniennees doivent agir probablement par déséquilibre vago-sympathique.

Nous concluons, comme précédemment, que la pathogénie nerveuse ne suffit pas pour expliquer tout le mécanisme de la production des ulcères.

En résumé, nous possédons actuellement un certain nombre de faits expérimentaux ou cliniques qui font entrevoir des portions isolées du mécanisme de la formation des ulcères, mais non l'ensemble.

On peut admettre que c'est l'action des sucs protéolytiques qui donne aux lésions constatées un aspect anatomique et histologique semblable. Peut-être l'infection secondaire joue-t-elle un rôle dans la chronicité de l'ulcus.

Mais, en fait, on ne connaît l'étiologie de l'ulcère simple du jéjuno-iléon que dans les cas où il existe, à son voisinage, une anomalie à type gastrique de la muqueuse.

ÉTUDE CLINIQUE

Du point de vue clinique, l'ulcère du jéjunum et l'ulcère de l'iléon présentent des différences notables, et ces différences sont suffisantes pour qu'on puisse en étudier les symptômes dans deux chapitres séparés.

Ulcère du jéjunum

En général, on a considéré jusqu'à présent que le premier signe de l'ulcère du grêle était la perforation. C'était l'opinion de Leotta en 1920. C'était aussi celle d'Oudard et Jean en 1925.

Actuellement, on ne peut plus avoir une opinion aussi absolue à l'égard de l'ulcère du jéjunum. Il n'y a là rien d'étonnant puisque neuf fois sur dix, il s'agit d'ulcus à évolution chronique.

C'est ainsi que 10 fois sur 51, on a pu opérer avant la perforation. Et même, Ebeling n'a pas hésité à porter le diagnostic d'ulcus primitif non perforé du jéjunum avant la laparotomie.

Voici les symptômes qu'on a relevés avant toute perforation, en faisant évidemment abstraction des cas où co-existait un ulcère gastrique ou duodénal.

Les premiers troubles digestifs remontent souvent à plu-

sieurs années ; on a noté des antécédents datant de 8 ou 9 ans.

Ce sont des crises douloureuses d'une durée de quelques semaines survenant avec une fréquence variable, mais séparées par des intervalles libres pendant lesquels il n'y a aucun trouble digestif.

Le malade situe sa douleur, souvent au creux épigastrique, mais Walton a remarqué que le siège en était plus près de l'ombilic que dans les ulcères de l'estomac.

Souvent aussi, la douleur siègeait dans le flanc gauche et plus exactement dans la région supérieure et gauche de l'abdomen, à peu de distance de la ligne médiane. Ce siège anormal doit attirer l'attention du chirurgien. Il a été d'ailleurs bien souvent constaté dans l'ulcus jéjunal secondaire et on ne doit pas être étonné de le retrouver dans l'ulcère jéjunal primitif.

La douleur irradie peu, parfois dans le dos. Elle a le type lancinant, ou consiste en des brûlures d'estomac. Elle est tardive, survenant de deux à trois heures après le repas.

Les aliments et les alcalins peuvent la calmer plus ou moins. Dans certains cas, au contraire, l'ingestion d'aliments ne fait qu'augmenter la douleur, au point que le malade n'ose plus manger.

Les nausées sont rares, aussi bien que les vomissements qui ne calment pas les douleurs.

Les hémorragies sont fréquentes. Le plus souvent, elles ont été occultes, dépistées seulement par l'examen chimique des selles ; mais, dans plusieurs cas, il s'est agi de melaena ou même d'hémorragies de sang rouge. Elles ont

pu entraîner une anémie suffisante pour nécessiter des transfusions. Deux fois seulement, on a constaté des hématurémèses.

La constipation existe très souvent, pouvant alterner avec de la diarrhée.

En résumé, les symptômes que nous venons de décrire, ressemblent assez à ceux d'un ulcère duodéal.

L'examen a précisé, en dehors de toute complication, un point douloureux particulièrement net, soit dans la région inférieure de l'épigastre, soit un peu au-dessus et à gauche de l'ombilic.

Walton a senti, par la palpation, une tuméfaction mal définie. Dans les ulcères chroniques, adhérents aux organes voisins et formant ainsi une masse assez ferme que l'opérateur a senti sous sa main, il est probable qu'un examen soigneux, avant la perforation, retrouverait le même symptôme.

Le tubage gastrique après repas d'Ewald, rarement pratiqué, a montré une acidité totale de 50 (Walton), de 52 (Smith).

La recherche des hémorragies occultes dans les selles a été plusieurs fois positive.

Mais nous devons insister sur quelques cas particulièrement intéressants. Ce sont ceux où l'ulcère du jéjunum s'est accompagné de symptômes qui pouvaient faire penser à première vue à une sténose pylorique.

Cade et Levrat, à propos de sténoses cancéreuses du jéjunum, ont bien montré qu'elles pouvaient déterminer des symptômes cliniques de sténose du pylore. Cette symp-

tomatologie pylorique a été constatée pour des lésions qui siégeaient jusqu'à 60 centimètres de l'angle duodéno-jéjunal.



FIG. 6. — Image radiographique de l'observation d'Ebeling.

Les deux seuls moyens de diagnostic sont la présence de vomissements bilieux et surtout l'examen radioscopique. Encore faut-il que cet examen soit bien fait et ne pas se

borner à constater une image en cuvette de l'estomac sans examiner la région sous-jacente comme il est arrivé.

Dans cinq cas (Schmilinski, Krestchmer, Ravdin, Ebeling, Harris) on a constaté de tels symptômes : vomissements et même vomissements bilieux avec absence d'acide chlorhydrique libre.

On avait fait chez la malade de Schmilinski, le diagnostic de sténose du pylore. Mais on avait été étonné par la présence de bile dans le liquide gastrique et par le passage rapide dans le duodénum d'air insufflé dans l'estomac.

Krestchmer et Ravdin ont constaté à la radiographie une obstruction haute du jéjunum, et Ebeling, devant les mêmes signes et à la lumière des antécédents, n'a pas hésité à porter le diagnostic exact.

Harris a mal interprété les symptômes radiologiques. Il avait vu un important résidu gastrique et des niveaux liquides dans le grêle. Même il avait pu voir une niche, mais avait cru qu'elle dépendait de la paroi postérieure de l'estomac. Trouvant la même image à un examen consécutif pratiqué après lavement baryté, il avait conclu à une fistule gastro-colique alors qu'il s'agissait probablement d'une rétention de la baryte dans la niche entre les deux examens. Une laparotomie exploratrice est restée négative probablement parce qu'on a dû se borner à examiner l'éta-ge sus-mésocolique.

Tels ont été les résultats de l'examen radiologique dans les cas d'ulcère sténosant. Remarquons qu'il ne s'agissait pas de sténose purement organique, mais surtout de spasme.

En dehors de ces cas, l'examen radiologique est relaté

trois fois. Deux fois, il a été négatif, une fois il a montré à Walton qu'une masse abdominale sentie à la palpation repoussait en haut l'estomac, mais ne semblait pas intestinale.

En résumé, on peut caractériser l'ulcère non perforé du jéjunum par des crises de douleurs tardives à situation épigastrique basse ou para-ombilicale gauche, par des hémorragies occultes ou non. Dans certains cas, il peut simuler une sténose du pylore, mais peut en être différencié par les vomissements bilieux et l'examen radioscopique.

L'évolution de l'ulcère se fera vers la perforation en péritoine libre.

Dans certains cas, la perforation a été précédée d'une recrudescence des symptômes qui faisait redouter cette grave complication. Les douleurs devenaient plus violentes, presque continuelles, croissant progressivement. Les vomissements ont fait quelquefois leur apparition à ce moment seulement ainsi que les hémorragies intestinales.

Parfois, un traumatisme a précédé la perforation. Le malade de Wagner avait été à demi enterré par un éboulement de terre, et cet accident avait rompu les adhérences d'un ulcère avec l'épiploon.

Dans les autres cas, le traumatisme est plus bénin, et la perforation est survenue comme le malade allait à la selle ou soulevait un fardeau.

La rupture d'un ulcère gastro-duodéal à l'occasion d'un effort paraît prouvée actuellement par plusieurs observations, et nous jugeons inutile de discuter cette cause adjutive pour la perforation d'un ulcère jéjunal.

Nous ne décrivons pas les symptômes de la péritonite par perforation du jéjunum, communs à toutes les perforations digestives hautes. Mais nous détaillerons les quelques symptômes particuliers qui la caractérisent.

La douleur brutale, en coup de poignard, du début est très violente, parfois syncopale. Elle siège à l'entour de l'ombilic, généralement à gauche, parfois au-dessus, rarement au-dessous, et deux fois seulement à droite. Elle irradie à tout l'abdomen. On a noté l'irradiation vers l'épaule, mais plutôt des irradiations descendantes.

Des vomissements réflexes peuvent survenir à ce moment.

La contracture pariétale est le plus souvent généralisée rétractant la paroi. Mais la contracture, bien que manifeste, n'a pas été toujours aussi intense dans tout l'abdomen. Sauf exception, il y a un maximum de douleur et de contracture du côté gauche, dans le quadrant inférieur plus souvent que dans le supérieur. Nous ne saurions trop insister sur ce symptôme qui nous a frappé dans le cas que nous avons observé.

La matité hépatique était normale, 5 fois, diminuée 5 fois. Jamais, on n'a recherché sous l'écran le pneumopéritoine.

Le toucher rectal ou vaginal était vivement douloureux quatre fois sur cinq, donnant les signes d'un épanchement du Douglas.

La température reste à l'entour de 37° généralement, le pouls s'accélère rapidement à mesure que le temps passe.

On a trouvé quatre fois une leucocytose de 11 à 20.000 moins de vingt-quatre heures après le début des accidents.

Quant à l'évolution de la péritonite, elle ne présente aucune particularité.

En fait, les signes de la perforation d'un ulcère du jéjunum sont comparables à ceux de l'ulcère gastro-duodénal perforé mais en différent par leur siège maximum du côté gauche. Ce devrait être assez pour en faire le diagnostic.

Ces symptômes étaient assez nets dans le cas que nous avons observé pour nous frapper et nous étonner par leur siège anormal. Nous aurions dû faire le diagnostic comme dernièrement Coletti, si nous avions été instruit de leur valeur.

Ulcère de l'iléon

Le tableau clinique est là bien différent. Aucun ulcère de l'iléon n'a été opéré, en dehors de la phase des complications, péritonite ou occlusion, excepté le cas de Makai où on avait pensé à une appendicite chronique et celui de Brown et Pemberton où une hémorragie intestinale avait fait diagnostiquer une lésion saignante du grêle, sans autre précision.

D'ailleurs, une fois sur quatre seulement, l'ulcère de l'iléon a présenté une évolution chronique.

Si on relève les antécédents du malade avant l'opération, on constate que dans l'immense majorité des cas, il n'y a eu aucun trouble digestif antérieur. On a signalé parfois de la constipation ou de la diarrhée, trois fois des vomissements. Ces troubles remontaient à quelques semaines. Cinq fois seulement, il y avait une histoire de troubles

digestifs vagues, crampes, constipation, datant de nombreuses années. Quatre fois, on a constaté du sang dans les selles.

Toutes ces constatations sont bien peu importantes et il faut avouer que pour l'iléon, l'histoire de l'ulcère est celle de ses complications.

La perforation est parfois précédée d'une courte période de malaise, de constipation ou de diarrhée avec souvent de la fièvre.

Dans quelques cas, on relève aussi, comme pour le jéjunum, un traumatisme jouant le rôle de cause déclenchante.

Mais, le plus souvent, la perforation survient en pleine santé, alors que rien ne la fait prévoir ou ne l'explique.

La douleur brutale siège habituellement au-dessus de l'ombilic, et presque toujours à droite de la ligne médiane. C'est pourquoi on a fait bien souvent le diagnostic d'appendicite. Rutkowski a fait le diagnostic clinique de perforation intestinale d'une typhoïde ambulatoire ; Cornioley, celui de diverticulite car son malade avait présenté des hémorragies occultes.

Les symptômes sont ceux d'une péritonite par perforation. Cornioley insiste sur la valeur d'un ballonnement localisé qui a été constaté parfois.

La matité hépatique était trois fois diminuée, trois fois normale. Hofhauser a constaté une leucocytose à 27.000 avec 85 % de polynucléaires, dans trois autres cas, elle oscille entre 14 et 16.000.

La température est aux alentours de la normale quand

le malade est vu à une période peu avancée, mais elle s'élève souvent plus tard à 38° ou 39°.

La perforation en péritoine cloisonné a été constatée cinq fois. Il s'agissait même, dans le cas de Chabrut, d'une perforation ancienne puisqu'on n'en a pas trouvé trace à l'opération, tandis que la présence de pépins de raisin dans un clapier affirmait son existence.

L'*occlusion* aiguë ou subaiguë est l'aboutissant des ulcères chroniques à évolution calleuse. C'est dans ces cas seulement qu'on a pu voir, mais inconstamment, des signes radiologiques : distension des anses, retard à l'évacuation, qui ont permis à Roux-Berger et à Del Valle d'intervenir avec le diagnostic de sténose iléale. Dans les autres cas, l'examen radiologique a été négatif ou trompeur.

Le tableau clinique de l'occlusion de l'iléon par ulcère calleux ne présente, par ailleurs, aucune particularité digne d'être notée.

En résumé, il semble actuellement impossible de faire le diagnostic d'ulcère de l'iléon. Mais, il faut connaître son existence. En opérant une péritonite par perforation où le diagnostic d'appendicite a été posé, mais où l'appendice apparaît normal, il faut explorer la fin du grêle pour y rechercher non seulement un diverticule de Meckel, mais aussi un ulcère simple perforé.

Formes cliniques

Peut-on individualiser cliniquement l'ulcère du bord mésentérique ?

Anatomiquement, on serait tenté de le faire. La présence du mésentère fait penser que l'ulcère térébrant aura moins de chance de s'ouvrir à l'extérieur, ou qu'au moins des adhérences permettront de localiser le processus infectieux.

Mais que disent les observations cliniques ? Nous éliminons évidemment les cas où l'ulcère siégeait à une distance appréciable de l'insertion mésentérique.

Sur les neuf observations :

Une fois, l'ulcère n'était pas perforé (Schmilinski).

Une fois, la péritonite était couverte par une anse grêle (Bergeret).

Deux fois, la péritonite était localisée (Kirmisson, Cavicchia).

Cinq fois, la péritonite était généralisée.

Nous ne sommes donc pas autorisés à tirer des conclusions aussi favorables que Baillat et l'examen de faits plus nombreux est nécessaire pour se faire une opinion exacte.

DIAGNOSTIC

Nous avons vu combien, cliniquement, il était difficile d'arriver au diagnostic d'ulcère intestinal perforé ou non et nous ne citerons pas tous les diagnostic erronés qui ont pu être posés.

Bien plus, pièce en main, le diagnostic est encore malaisé et dans l'immense majorité des cas, seul l'examen histologique peut trancher la question. C'est dire qu'actuellement, sauf exception, on ne devrait compter comme observation d'ulcère simple, que celles où l'examen histologique a été pratiqué.

A côté de l'ulcère simple du jéjuno-iléon, il peut exister des ulcérations d'origines extrêmement diverses et sans reprendre à fond l'étiologie de toutes les ulcérations du grêle, nous citerons un certain nombre d'affections qui peuvent s'accompagner de telles lésions.

Ulcérations toxiques

On connaît les ulcérations intestinales multiples qui ont été souvent constatées au cours d'intoxications par le mercure ou l'arsenic. Elles ne sont pas spéciales au grêle mais

s'étendent aussi bien sur le cæcum et le côlon. Elles débuent habituellement par la nécrose des follicules clos.

Nous en rapprocherons les ulcérations de l'urémie qui surviennent chez des sujets présentant une augmentation habituellement importante de l'urée du sang et qui s'accompagnent de signes multiples d'urémie digestive. Elles siègent souvent à la fin de l'iléon; leur taille est variable, leur surface souvent recouverte par une escarre. Habituellement, elles présentent un aspect hémorragique et l'histologie montre d'ailleurs une dilatation énorme des capillaires.

Au cours des brûlures étendues, il n'est pas rare de constater des ulcérations du grêle, duodénum ou jéuno-iléon. Elles ont été décrites par Dupuytren en 1826 et par Curling en 1842. Nous ne nous étendrons pas sur leur pathogénie, très discutée.

Il n'est pas rare de constater, chez les malades atteints d'eczéma, des ulcérations gastro-intestinales que prouvent la recherche du sang dans les selles et les constatations opératoires. Pour Lortat-Jacob, ces troubles gastro-intestinaux ne seraient pas le résultat, mais la cause de l'eczéma.

Ulcérations infectieuses

Les maladies infectieuses s'accompagnent parfois d'ulcérations intestinales. Nous n'insisterons pas sur les lésions intestinales de la fièvre typhoïde. Mais on a vu des ulcérations au cours de l'érysipèle, au cours de septicémie; diverses, à gonocoque (Lamoureux et de Raymond), à

pneumocoque par exemple. Dans un cas d'ulcère de l'iléon chez un pneumonique azotémique, Lemierre et Levesque discutent l'étiologie en cause : urémie ou infection.

Mais, fait intéressant, de telles ulcérations peuvent se perforer et guérir chirurgicalement.

Maingot raconte l'histoire d'un malade de 24 ans qui, sept jours après la défervescence d'une pneumonie lobaire, a présenté tous les symptômes d'une péritonite par perforation et a été opéré le troisième jour dans un état extrêmement grave. On trouva une perforation à trente centimètres de l'angle duodéno-jéjunal, circulaire, de six millimètres de diamètre, entourée d'une petite bande de tissu jaunâtre et siégeant sur le bord libre de l'intestin. Pas d'induration environnante, mais à quinze centimètres plus bas, existait une zone arrondie et d'aspect gangréneux, qu'on enfouit. La suture de la perforation avec drainage amena la guérison.

Chiodin cite un cas semblable qu'il attribue à la rougeole. Une fille de 4 ans est atteinte de péritonite aiguë à la défervescence d'une rougeole. L'opération met en évidence une ulcération arrondie avec perforation, laissant passer les gaz intestinaux. L'ensemencement du pus trouvé auprès de l'ulcération a donné un diplocoque Gram positif probablement de l'entérocoque.

Les entérites aiguës s'accompagnent d'ulcérations intestinales multiples. L'amibiase peut très bien aussi causer des lésions de l'iléon. Certains cas publiés sont d'une étiologie obscure comme ceux de Karaganayer, de Scott et Cleland où les ulcérations, non tuberculeuses, étaient disséminées sur tout le grêle. Une telle disposition anatomique permet d'éliminer cependant l'ulcus simplex.

Parmi les ulcérations spécifiques, ce sont certainement les ulcérations tuberculeuses qui sont les plus difficiles à différencier des ulcères simples. Certaines ulcérations tuberculeuses perforées étaient uniques, sans lésions pul-

monaires importantes. Nous avons pu observer un cas de cet ordre où seules des coupes en série ont montré que la tuberculose était en cause d'une manière d'ailleurs indiscutable. La perforation de l'ulcère tuberculeux n'est pas exceptionnelle et de tels faits sont rapportés, en particulier par Wilmoth et Baumann, Ameuille et Duperrat.

La syphilis intestinale n'est pas considérée comme une affection fréquente. Peut-être cette opinion est-elle un peu trop absolue. Si l'observation de Riggs n'est pas convaincante, non plus que celle de Termier et Traversier, celle de Wahlberg concernant une péritonite par perforation d'ulcère syphilitique du grêle est beaucoup plus intéressante.

Tuttle a publié récemment une excellente étude à propos d'un cas de syphilis du jéjunum où il a pu mettre en évidence des tréponèmes par la méthode de Levaditi. Le jéjunum serait fréquemment le siège de l'affection.

Diaz Bobillo, dans un cas concernant un nourrisson, hésite à attribuer l'ulcération à la syphilis ou au traitement arsenical.

Rappelons, pour mémoire, les perforations du grêle chez le fœtus hérédosyphilitique. Elles sont loin d'être exceptionnelles.

C'est aussi l'examen histologique qui a permis à W. de Courcy Wheeler de montrer qu'il s'agissait de mycose chez un sujet de 40 ans présentant un ulcère du duodénum et un du jéjunum. On avait diagnostiqué un cancer de l'ectomac.

Ulcérations mécaniques

Nous ne nous étendrons pas sur les ulcérations ou perforations par corps étranger dégluti ou par fécalome. Certains auteurs considèrent comme un ulcère simple le cas de Jankowski où cent noyaux de cerise étaient disséminés dans le péritoine, tandis que 270 restaient dans l'intestin. Cela nous paraît plus que discutable.

Mais les vers intestinaux et en particulier les ascaris peuvent perforer l'intestin. De tels faits ont été consignés par Mélou dans sa thèse.

On a déjà souligné le rôle adjuvant d'un traumatisme externe ou d'un effort dans la perforation d'un ulcère, mais il s'agit seulement d'une cause adjuvante. Le traumatisme vient rompre des adhérences anciennes ou achève la perforation d'un ulcère térébrant.

Toute différence est la violence exercée sur une hernie par un taxis. Nous avons observé récemment une rupture intra-mésentérique de l'intestin dans ces conditions.

Parmi les ulcérations d'origine mécanique, il faut ranger aussi les perforations à distance à la suite d'un rétrécissement ou d'un cancer du rectum. Ces ulcérations par diastasis sont bien connues depuis Kocher. Elles n'occupent pas toujours le cæcum, mais aussi la fin de l'iléon. Leur pathogénie n'est pas seulement mécanique. Il faut, semble-t-il, faire jouer un rôle à la stase veineuse et à l'infection locale par la flore microbienne intestinale. On peut en rapprocher les perforations sus-jacentes aux rétrécissements du grêle, dont Christmann a relaté récemment un cas intéressant.

Ulcérations par troubles vasculaires

Nous réunissons sous ce titre les perforations des thromboses, des volvulus et en particulier ceux des étranglements herniaires.

Il faut distinguer d'ailleurs d'un étranglement herniaire, la tuméfaction douloureuse d'un sac rempli de liquide purulent au cours d'une péritonite. Cette éventualité est signalée dans plusieurs de nos observations.

Nous avons considéré comme concernant la perforation d'une anse étranglée, deux des observations de J. Taylor publiées comme ulcère simple.

Il faut penser, d'ailleurs, à la possibilité d'une hernie étranglée récemment, avec chute secondaire d'escarre, avant de conclure à un ulcère simple. Cette complication peut être tardive, comme dans le cas de Renon, Géraudel et Marre, et dans celui de Sestier. Griep a signalé cette complication dix semaines après la cure chirurgicale de l'étranglement.

Enfin, en dehors des infarctus étendus de l'intestin, il existe des infarctus ou des embolies limitées. Ainsi Stich et Collier reconnaissent l'artérite comme cause de leur cas de perforation intestinale et Friedman incrimine la péri-artérite noueuse.

Ulcérations néoplasiques

On sait combien il peut être difficile de différencier une tumeur néoplasique d'une tumeur inflammatoire et souvent, c'est l'examen histologique qui, seul, peut trancher

la question. Mais à côté de cela, il existe quelques cas plus complexes.

A.-W. Fischer raconte l'histoire curieuse d'un malade de 58 ans, opéré trois fois de perforation intestinale en neuf mois.

La première perforation était circulaire, du volume d'un pois, sur le jéjunum. La deuxième était semblable et siégeait à la partie inférieure de l'iléon. Dans la même opération, on avait enfoui une zone infiltrée de l'iléon. L'examen histologique montrant les lésions de nécrose et d'inflammation, on avait pensé à un ulcère simple.

La troisième perforation siégeait sur l'iléon et amena la mort. L'autopsie montra une hypernéphrome avec une métastase dans le mésentère. Bien que Makai conclut à une simple coïncidence, Fischer admet qu'il s'agisse de métastases microscopiques digérées par les sucs intestinaux.

Aussi Papin, rappelant cette observation, émet des réserves au sujet d'un cas d'ulcère perforé du grêle opéré par lui, mais coexistant avec un carcinome appendiculaire et il formule la même hypothèse que Fischer.

On a enfin cité des cas perforation intestinale par mycosis fongoïde (Ebner et Salzer) et aussi dans l'anémie pernicieuse. Mais Zadek cite trois cas où les ulcérations étaient en réalité d'origine tuberculeuse.

Il faut aussi reconnaître l'existence d'une affection bien particulière, décrite par Crohn, Gunzburg et Oppenheimer en 1932, sous le nom d'iléite segmentaire et qui a fait l'objet de nombreuses publications américaines. Certains cas, étiquetés ulcère simple, sont certainement des iléites segmentaires et nous en avons observé un cas.

Les lésions débutent au voisinage de la valvule iléo-cæcale. L'intestin est épaissi, œdémateux, ulcéré. L'examen histologique ne montre que des lésions inflammatoires banales. Rarement, il y a perforation et quand elle se

produit c'est en péritoine cloisonné. L'étiologie est très discutée et on a essayé, sans succès, la réaction de Frei.

Nous ne pousserons pas plus loin l'énumération des causes d'ulcération du grêle. Il faut en retenir la nécessité de l'examen histologique pour éliminer certains diagnostics.

TRAITEMENT

En l'absence de notion étiologique certaine, on ne peut opposer à l'ulcère du grêle qu'un traitement chirurgical. On peut même dire qu'on y a toujours été obligé jusqu'ici puisque, à l'exception d'Ebeling, tous les chirurgiens sont intervenus pour une complication, ou ont fait le diagnostic seulement au moment où ils ont eu la lésion devant les yeux.

Ulcère non perforé

Il semble que la résection intestinale soit le traitement à appliquer. On évitera les accidents de perforation ou d'occlusion qu'on pourrait craindre ultérieurement.

La résection pourra être limitée, atypique en cas d'ulcère peu étendu et sera suivie alors d'une réunion transversale de la brèche ainsi faite. Mais dans les cas où l'induration sera un peu étendue, il faudra faire une résection typique d'un segment plus ou moins étendu d'intestin. On sera amené à faire des résections plus importantes si l'ulcère, siégeant sur le bord mésentérique, s'accompagne d'une réaction inflammatoire avec rétraction du méso.

L'enfouissement simple de la plaque indurée a été fait avec succès par Rotgans et par Makai. Un tel traitement

met à l'abri d'une perforation, mais comme nous ne savons rien sur la tendance à la cicatrisation des ulcères du grêle, il paraîtrait plus sûr d'exciser la plaque indurée plutôt que de l'enfouir.

Dans un cas d'ulcère du jéjunum, Fischer a pratiqué une duodéno-jéjunostomie. La résection paraît plus sûre cependant et pour les mêmes raisons.

La résection typique a été pratiquée 7 fois sur l'iléon avec succès, 5 fois sur le jéjunum avec une mort. Il s'agissait, dans tous les cas, d'ulcère chronique induré et plus ou moins sténosant. Les résultats sont en faveur de cette méthode de traitement.

Ravdin a ajouté une gastro-jéjunostomie à sa résection. Murphy a fait seulement une gastro-entérostomie antérieure : un ulcère du duodénum coexistait.

La gastro-entéro-anastomose paraît être bien dangereuse si l'origine peptique de l'ulcère du jéjunum est admise. Faite avec une anse longue, puisqu'on doit pratiquer l'abouchement au-dessous de l'ulcère, on serait dans d'excellentes conditions pour produire un ulcère peptique.

Cependant, en l'absence de preuves certaines de l'origine peptique de l'ulcère du jéjunum, il semblerait un peu exagéré de pratiquer une gastrectomie large de principe.

Ulcère perforé

Dans les 18 cas où on n'a pas trouvé l'ulcère et où on s'est borné à refermer la paroi avec ou sans drainage, le malade est mort. On connaît cependant des cas de péritonite par perforation guéris par le simple drainage comme

celui que Petit a publié à la Société de Chirurgie et dont, d'ailleurs, l'étiologie exacte n'a pas été élucidée. Mais une telle manière de faire n'est qu'un pis aller; on doit trouver la perforation. Si les lésions péri-ulcéreuses sont importantes et que l'état du malade empêche la résection, on peut être amené à extérioriser simplement l'anse atteinte. Mais l'extériorisation ne peut se faire que pour une anse iléale basse et elle a été suivie de mort dans les deux cas où on l'a pratiquée. Elle a pourtant donné un beau succès à Moiroud dans une perforation diastasiqne et à Patel dans une perforation tuberculeuse.

Le malade de Bryan était dans un état trop grave pour supporter une résection jéjunale que l'induration péri-ulcéreuse obligeait à faire. L'épiplooplastie avec drainage n'a pas réussi à le guérir.

En fait, en cas d'ulcère perforé, on peut envisager deux traitements, soit la suture en bourse avec ou sans avivement des bords de l'ulcère, soit la résection intestinale.

La suture est suffisante dans tous les cas d'ulcère aigu ou d'ulcère chronique peu étendus. Elle a été pratiquée 53 fois avec 29 succès. La proportion de succès est un peu plus grande pour le jéjunum.

La résection nécessitée par l'étendue des lésions a été faite 13 fois sur l'iléon avec 6 morts et 5 fois sur le jéjunum avec une mort.

On voit ainsi que la mortalité de la résection jéjunale est à peu près semblable, qu'il s'agisse d'ulcère perforé ou non perforé. Il n'en est pas de même pour l'iléon.

Enfin Barber a associé une gastro-entérostomie à la suture de la perforation chez un malade qui avait déjà été

opéré de deux perforations duodénales. Le résultat éloigné n'est pas connu.

Tous les auteurs ont drainé la cavité péritonéale, à part Richardson dont le malade a d'ailleurs guéri. Malgré le drainage, il a fallu quatre fois réintervenir pour un abcès résiduel.

Ulcère avec occlusion

L'occlusion par ulcère sténosant ne comporte pas de traitement particulier. Suivant l'état du malade, on pratiquera, soit la résection, soit l'entéro-anastomose. On pourra même être réduit parfois à se contenter d'une entérostomie.

En fait, l'ulcère du grêle ne pose guère de problème thérapeutique quand il est compliqué de perforation ou d'occlusion. Mais le pronostic en est considérablement aggravé et la mortalité passe de 16 à 54 %.

OBSERVATIONS

On trouvera, ci-après, dans l'ordre chronologique, les 142 observations sur lesquelles sont fondées cette étude.

Les observations anciennes, souvent diffuses et imprécises, ont été résumées. Certaines sont tirées de la thèse de Laylavoix et de celle de Baillat, mais toutes celles que nous avons pu nous procurer ont été revues d'après le texte original.

Les autres sont publiées, soit dans la traduction intégrale, soit légèrement résumées. Nous devons certaines observations introuvables à Paris à l'obligeance des docteurs Bigger (de Richmond), Efet (de Krasnodir), V. Gutierrez (de Buenos-Ayres), Hall (de Louisville), Lind (de Cleveland), Rosen (de Lublin). Nous tenons à leur exprimer ici nos remerciements, ainsi qu'au Docteur Ebeling (de Washington) et au Professeur Ruggieri (de Bologne), qui nous ont aimablement permis de reproduire les illustrations et les microphotographies de leurs articles.

Parmi les observations qui ont été déjà comprises dans certaines études, plusieurs n'ont pas été retenues. En voici la liste, avec les motifs qui nous ont déterminé :

Askanazy (1903), thrombose mésentérique.

Brown et Pemberton (1936), neuf observations. Les unes

- manquent de détails. D'autres avec coexistence de grosse rate ou de diverticule de Meckel.
- Cantelmo (1930), typhoïde.
- Chabrut II (1923), perforation non aperçue.
- Chenut et Peyre (1928), anse sectionnée, ainsi que le méso dans un sac herniaire.
- Coates et Green (1929), rétrécissement du grêle et tuberculose.
- Coradeschi (1894), pas d'autopsie.
- Councilman (1892), rétrécissement du rectum avec ulcère par distension du grêle.
- Dumontpallier (1862), rétrécissements multiples de l'iléon.
- Dupont (1889), tuberculose.
- Fellow (1933), diverticule de Meckel.
- Friele (1894), traumatisme.
- Goodhart (1885), tuberculose.
- Jancke I (1929), ulcères innombrables de tout l'intestin.
- Jancke III (1929), manque de détails.
- Jankowski (1910), corps étrangers.
- Kibbler (1869), siège de la perforation non précisé.
- Labbée (1867), thrombose mésentérique.
- Lazarevic (1919), tuberculose.
- Lépine (1870), rétrécissement du côlon avec ulcères du grêle par distension.
- Mikulicz (1885), typhoïde.
- Moore I (1864), hernie crurale étranglée (?).
- Moore II (1864), ancien traumatisme, fistule iléo-vésicale.
- Parenski (1876), ulcère d'origine embolique.
- Renon et Blamoutier (1921), cancer du rectum avec ulcères par distension du grêle.

Renon, Géraudel et Marre (1910), hernie ombilicale étranglée.

Schmidt et Weyland (1925), leucémie.

Schoo I (1910), ulcération chez un brûlé.

Schoo II (1910), manque de détails.

Schussler (1850), tuberculose.

Sestier (1829), hernie étranglée antérieurement.

Shelton Horsley I et II (1925), tuberculose.

Shelton Horsley III (1925), tuberculose ou iléite.

Taylor II (1925), torsion du grêle et tuberculose.

Taylor III (1925), hernie étranglée.

OBS. 1 : ABERCROMBIE (1824)

Un homme de 36 ans, bien portant jusque-là est pris subitement, pendant son travail, de violentes douleurs abdominales et de vomissements. La douleur s'étend à tout l'abdomen et le malade meurt au bout de dix-huit heures.

Autopsie. — Liquide fécaloïde dans la cavité abdominale. Perforation de la partie inférieure du grêle assez grande pour qu'on puisse y introduire un gros tuyau de plume. Elle provenait d'un ulcère de la muqueuse, plus grand que la perforation.

OBS. 2 : ANDRAL (1829).

Un jeune homme, entré à la Charité, avec une légère fièvre sans autre symptôme grave, est pris tout à coup d'une péritonite qui, en quelques heures amena la mort.

Autopsie. — On trouva dans l'intestin une seule ulcération dont le fond était perforé.

OBS. 3 : REIGNIER (1835).

Un malade, soigné pour une bronchite, est pris subitement de péritonite et meurt rapidement. Il n'y avait pas eu de symptôme du côté de l'intestin auparavant.

Autopsie. — Perforation circulaire, de trois lignes environ de circonférence, siégeant vers la fin de l'iléon.

OBS. 4 : ROGÉE (1838)

Une femme de 61 ans, souffrant depuis trois ans de troubles

digestifs, est prise d'une douleur aiguë abdominale et meurt de péritonite en trois jours.

Autopsie. — Sur le bord libre du dernier cinquième du grêle il existe six ulcérations allongées, dont le grand diamètre est perpendiculaire à l'axe de l'intestin. Un ulcère perforé du rectum a amené la péritonite. Le reste de la muqueuse digestive est normal, ainsi que les ganglions mésentériques et les poumons.

■
OBS. 5 : RUFZ (1843).

Un homme de 36 ans, souffrant depuis près de dix ans de troubles digestifs, ressent une vive douleur dans le ventre au moment d'un effort. Il meurt le lendemain en présentant des accidents de péritonite et d'étranglement.

Autopsie. — Les poumons et les autres organes sont sains. Au milieu du grêle il existe un rétrécissement. A deux lignes au-dessus, se trouve une perforation de deux lignes de diamètre entourée d'un petit liseré rouge. Le reste de la muqueuse intestinale est normale à part une cicatrice ancienne de la valvule iléo-cæcale. Il n'y a pas de lésion des ganglions mésentériques.

OBS. 6 : DE CASTELNAU (1843).

Un homme de 52 ans, goutteux, qui n'a jamais eu de troubles abdominaux, meurt dans le coma.

Autopsie. — A l'union des deux tiers supérieurs avec le tiers inférieur de l'intestin grêle, il existe un ulcère circulaire, à bords taillés à pic, de un centimètre de diamètre intéressant la muqueuse et la musculuse, mais respectant la séreuse. La muqueuse est normale à l'entour et sur tout le tube digestif.

OBS. 7 : HAMEL (1858).

Un jeune soldat, de 19 ans, est pris d'embarras gastrique et de diarrhée légère. Au bout de trois jours il ressent des coliques très vives, des vomissements, et meurt en cinq jours de péritonite généralisée. Le ventre était très douloureux à la pression dans le flanc gauche.

Autopsie. — A soixante centimètres au-dessus de la valvule iléo-cæcale, on trouve une ulcération du diamètre d'une pièce de cinquante centimes, circulaire, à bords taillés à pic. Ulcération plus étendue sur la muqueuse que sur la séreuse. Rien d'anormal dans les plaques de Peyer. Foie doublé de volume. Poumons sains.

OBS. 8 : WAGNER (1858).

Un manœuvre de 18 ans est enterré jusqu'au bas de la poitrine par un éboulement. Il meurt de péritonite vingt-deux heures après.

Autopsie. — Lésions de péritonite diffuse. L'épiploon adhère au jéjunum et à l'angle gauche du côlon. En libérant le jéjunum de cette adhérence, on trouve à quinze centimètres de l'angle duodéno-jéjunal, sur le bord libre de l'intestin un orifice ovalaire à grand axe transversal, mesurant cinq lignes sur trois, et laissant couler le contenu intestinal. Les bords sont taillés à pic. L'orifice est en partie bouché par une masse fibrineuse. Le reste de la muqueuse du jéjunum est un peu rouge. Le rein gauche est entouré de caillots sanguins. Capsule surrénale intacte.

OBS. 9 : LEBERT (1861).

Un homme présentant tous les signes d'une péritonite par perforation meurt quelques heures après son admission à l'hôpital.

Autopsie. — L'abdomen est rempli d'une exsudation purulente mêlée à des matières fécales. Il y a une perforation arrondie de l'intestin grêle à cinquante centimètres au-dessus de la valvule iléo-cæcale. Elle siège au niveau d'un ulcère arrondi de trois centimètres de diamètre, siégeant sur une plaque de Peyer. Les bords sont taillés à pic, le pourtour est pigmenté de gris et froncé, la muqueuse à l'entour est ramollie sans être amincie. Rien d'anormal dans le reste de l'intestin ni dans les autres organes.

OBS. 10 : TAYLOR (1865).

Un homme de 45 ans, ayant bu plus que de raison, lutte avec un de ses compagnons. Il rentre à pied chez lui, à un mille de distance, se couche et ressent de vives douleurs abdominales qui durent cinquante heures, jusqu'à la mort.

Autopsie. — Lésions de péritonite diffuse due à une perforation grosse comme une tête d'épingle, siégeant sur le bord libre du jéjunum. Cette perforation semble résulter d'un ulcère.

OBS. 11 : KRAUSS (1865).

Un fonctionnaire de 56 ans présentait depuis un an un gros foie et une grosse rate, sans cause apparente. Pas de paludisme, rien à l'examen du sang. Il est pris de douleurs brusques et violentes, à type de coliques, qui cèdent en quelques jours. Nouvelle crise quelque temps après qui amène la mort en cinq jours par péritonite.

Autopsie. — Péritonite diffuse. Dans la portion inférieure du jéjunum, il existe une ulcération en gradins, dont le fond est perforé suivant le diamètre d'un petit pois.

OBS. 12 : LANE (1866).

Un homme de 34 ans ressent une douleur subite dans le ventre, alors qu'il portait un sac. Il présente les signes d'une péritonite et meurt en trois jours.

Autopsie. — Beaucoup de liquide jaune verdâtre dans la cavité abdominale. On trouve à quinze centimètres au-dessus de la valvule de Bauhin, une ulcération de la taille d'une pièce de six pence, perforé en son milieu. Le reste de l'intestin est normal. Il y avait une hernie épiploïque non étranglée et le contenu du sac n'était pas enflammé..

OBS. 13 : LESPIAU (1867).

Un homme de 31 ans, en bonne santé, est pris subitement en allant à la selle, de douleurs très vives dans le bas-ventre, puis de vomissements. Mort neuf jours après avec les signes d'une péritonite aiguë.

Autopsie. — La péritonite est provoquée par une perforation circulaire, d'un diamètre de sept millimètres, siégeant à soixante-dix centimètres de la valvule iléo-cæcale. Aucune modification des plaques de Peyer ou des follicules.

OBS. 14 : PERROUD (1867).

Un tonnelier de 31 ans souffre depuis trois mois d'une dyspepsie légère. En allant à la selle, il ressent de violentes coliques, et se trouve mal par trois fois. La mort survient en trente-six heures au milieu de symptômes de péritonite.

Autopsie. — Péritonite généralisée. Perforation lenticulaire, siégeant au niveau de l'insertion mésentérique sur une anse grêle près de la fin du duodénum dans l'hypocondre droit. Autour de la perforation, il existe une zone rouge un peu épaissie. Le reste de l'intestin et les autres organes sont sains. Il n'y a nulle part de lésion tuberculeuse.

OBS. 15 : REVERDIN (1867).

Un homme de 55 ans, journalier, est admis à l'hôpital pour des vomissements et un arrêt des matières et des gaz datant de deux jours. Le ventre est peu ballonné, le poulx est petit et accéléré.

Il existe une petite hernie inguinale droite qui se réduit facilement. Le malade meurt une heure après son admission.

Autopsie. — On trouve une perforation siégeant sur le bord libre de la partie moyenne du jéjunum. Elle est arrondie, large comme une pièce de cinquante centimes, avec des bords taillés à l'emporte-pièce, un peu épaissis et renversés du côté de la séreuse. Pas d'autre lésion digestive. Les follicules isolés de l'iléon sont seulement un peu saillants. Le sac herniaire est vide et le péritoine qui le forme n'est pas plus injecté que le reste de la séreuse. Rien à signaler par ailleurs. Les poumons sont sains.

OBS. 16 : MAHONY (1869).

Une jeune fille de 17 ans ne se portait pas bien depuis quelque temps. On l'envoie à la campagne. A son retour elle tombe malade, présentant un malaise général, des vomissements et de la diarrhée. Elle meurt dans la nuit.

Autopsie. — Les poumons, le cœur, les reins, l'estomac et la rate sont normaux. Il existe une péritonite due à une perforation de la partie inférieure de l'iléon. L'ulcère est entouré d'une zone congestive.

OBS. 17 : CÉCI (1873).

Un homme de 45 ans est pris subitement, en pleine santé, de symptômes de péritonite, attribués à l'étranglement d'une hernie inguinale.

Opération. — A la soixantième heure. La hernie n'est pas étranglée, mais en agrandissant l'incision, on trouve une péritonite due à la perforation d'un ulcère de l'iléon. L'opération en reste là et le malade meurt cinq heures après.

Autopsie. — Ulcère perforé, circulaire, de la taille d'une pièce de deux centimes, à bords taillés à l'emporte-pièce, siégeant sur le bord libre de l'iléon à quinze centimètres de sa terminaison. Le reste de l'intestin est normal.

Examen histologique. — Les tissus sont normaux autour de l'ulcère comme s'ils avaient été taillés artificiellement ou si, dans leur voisinage, il ne s'était produit aucun processus pathologique.

OBS. 18 : GRISOLLE (1875).

A l'autopsie d'un malade mort subitement d'une péritonite, on trouve une perforation siégeant à la partie inférieure de l'iléon. « Elle était opérée par les progrès d'une petite ulcération, la seule qui existât dans toute l'étendue des voies digestives ; ulcération

indépendante des diathèses tuberculeuse et cancéreuse ; et qui ne s'était révélée pendant la vie par aucun trouble fonctionnel. »

OBS. 19 : BUCQUOY (1879).

Un homme de 48 ans, peintre en bâtiment, atteint de saturnisme, meurt à la suite d'une maladie aiguë caractérisée par de la fièvre, des douleurs abdominales et des vomissements.

Autopsie. — On trouve une péritonite purulente due à une perforation de deux millimètres, située au fond d'un ulcère ovalaire plus étendu qui siégeait à cinquante centimètres de la valvule de Bauhin. Rien d'anormal sur le reste de l'intestin.

OBS. 20 : HAGENBACH (1880).

Un homme de 62 ans soigné dans un asile pour manie, se plaint un soir de douleurs abdominales après un excès de boisson.

Le lendemain, il présente une pleuro-pneumonie de la base droite. Ces douleurs deviennent plus vives, le pouls et la respiration s'accroissent. Il meurt subitement l'après-midi.

Autopsie. — On trouve des matières dans la péritoine provenant d'une perforation arrondie du haut de l'iléon, plus étendue en dehors qu'en dedans. Les bords sont grisâtres et entourés d'une zone congestive. Il y a un peu de pus au voisinage de la perforation. Pas d'autre ulcération digestive. Pneumonie droite.

OBS. 21 : KRONLEIN (1886).

Un terrassier de 61 ans, comme il portait un fardeau, est pris subitement d'une douleur brusque et violente dans le bas-ventre, du côté gauche. Il existe une hernie gauche réductible et non douloureuse.

Opération. — Le cinquième jour. On constate une péritonite causée par une perforation de cinq millimètres, siégeant sur le bord libre d'une anse grêle. La muqueuse fait saillie à l'extérieur. Enfoncement de la perforation. Le malade meurt.

Autopsie. — La perforation siège sur une anse jéjunale. La muqueuse présente un peu plus haut, deux petits ulcères de la muqueuse, à bords nets, de la taille d'un petit pois. Le reste de la muqueuse intestinale est normal. Rien ne peut faire penser à la fièvre typhoïde ou à la tuberculose.

OBS. 22 : HUTCHINS (1880).

Un homme de 52 ans présente depuis 18 mois de la constipation, des douleurs postprandiales et du météorisme abdominal avec trois

crises plus aiguës. On pense à une obstruction basse de l'iléon. Le malade meurt au cours de la troisième crise.

Autopsie. — Le péritoine est plein de matières et à dix centimètres de la valvule iléo-cæcale, il y a une orifice large comme la moitié de l'intestin. Les bords sont épais. Le côté opposé est le siège d'une cicatrice de deux centimètres de long réduisant le calibre de l'intestin de moitié.

OBS. 23 : BRIGIDI (1893).

Chez un homme en bonne santé, apparaissent brusquement des signes de péritonite généralisée. On pratique la laparotomie, mais le malade meurt dans la journée.

Autopsie. — On trouve quatre ulcères, parmi lesquels deux à proximité de la valvule iléo-cæcale et deux vingt-cinq centimètres plus haut. Leur forme est ovale ou ronde, leurs bords taillés à l'emporte-pièce avec destruction en gradins de la muqueuse vers la séreuse, ne sont pas indurés. Le plus grand avait le diamètre d'une pièce de deux centimes. L'ulcère le plus proche du cæcum est perforé.

OBS. 24 : BRIGIDI (1893).

Un homme souffrant depuis un mois de constipation et de douleurs abdominales, meurt de péritonite.

Autopsie. — On trouve une péritonite par perforation et trois ulcères : deux dans la première portion de l'intestin, le troisième à vingt centimètres du cæcum est perforé. Les trois ulcérations avaient les mêmes caractères que ceux de l'observation précédente.

OBS. 25 : ARMSTRONG (1893).

Une femme de quarante ans est admise à l'hôpital une première fois pour des vomissements et de la diarrhée durant depuis trois jours, elle raconte qu'elle a reçu des coups de pied dans le ventre. Guérison en deux jours.

Deux semaines après elle est admise à nouveau pour les mêmes symptômes accompagnés de fièvre entre 38° et 39°. La température tombe mais la malade meurt le onzième jour.

Autopsie. — Péritonite par perforation d'un ulcère arrondi et unique siégeant sur la partie supérieure de l'iléon.

OBS. 26 : LETULLE (1895).

Un homme de 18 ans souffre depuis huit jours de coliques et

constipation. On le purge. Le lendemain, la constipation est absolue et il y a des vomissements verts. Le pouls est à 100 et la température à 38,6 puis redescend à 37,2. Il y a simplement un point douloureux au-dessus du pubis. Le lendemain, la température remonte, le malade vomit, son état est grave.

Opération. — Une incision médiane livre passage à un litre et demi de pus. La mort survient quarante heures après.

Autopsie. — Les vingt derniers centimètres de l'iléon sont unis au pubis droit, en dehors de la vessie et à une languette épiploïque. A ce niveau, existe une ulcération bouchée par l'adhérence. Il y a, en outre, un ulcère du bord libre, ovalaire, à grand diamètre perpendiculaire à l'axe de l'intestin et mesurant neuf millimètres. Les bords sont taillés à pic. Au centre, il y a une perforation de la taille d'un petit pois. Rien au reste de l'intestin.

Examen histologique. — La muqueuse et la musculaire présentent une infiltration sanguine, mais les vaisseaux sont normaux. Hypertrophie du tissu conjonctif sous-péritonéal.

OBS. 27 : SIMPSON (1897).

Un homme de 56 ans, brasseur, atteint de manie chronique, meurt subitement sans avoir présenté autre chose qu'une légère douleur épigastrique, de la constipation et un vomissement.

Autopsie. — Il n'y a pas trace de violence. Le péritoine contient trente onces de sérosité sanglante, mais pas de matières fécales. Toute la muqueuse du tube digestif est normale à l'exception d'un ulcère, irrégulièrement circulaire, à bords taillés à pic, mesurant six millimètres de diamètre, situé à quinze centimètres du début du jéjunum dont il traverse toute l'épaisseur. On découvre dans l'intestin quelques fibres de bois avalées par le dément, mais il n'y en a pas au niveau de la perforation, non plus que dans la cavité péritonéale. La vesicule contient des calculs. Le cœur est hypertrophié. Les valvules aortiques sont épaissies. Les deux reins présentent des lésions de néphrite interstitielle.

OBS. 28 : BRET (1897).

Un homme étant en état d'ivresse, tombe sur une chaise et de là sur le sol. Une péritonite se déclare dans la journée et le malade meurt le lendemain.

Autopsie. — Aucune trace de violence. On trouve une grande quantité de liquide fécal épanché dans le ventre et tous les signes de la péritonite. On constate, sur le bord libre du grêle à sa partie moyenne, une ouverture circulaire d'un centimètre de diamètre

dont les bords sont indurés, réguliers, cicatrisés. Autour de l'ouverture se trouvent des fausses membranes anciennes et solides, mais en partie rompues.

OBS. 29 : KIRMISSON (1898).

Un enfant de 8 ans est envoyé à l'hôpital pour appendicite au septième jour de son évolution. La température est à 38°2. Sous anesthésie, on constate une tuméfaction située un peu au-dessous et à gauche de l'ombilic.

Opération. — Incision sur la tuméfaction constatée. Il s'écoule un liquide infect. On trouve une anse grêle blanchâtre, portant un léger rétrécissement. A ce niveau, il existe une petite perforation sur le bord mésentérique. Suture de la perforation, drainage, guérison malgré une fistule temporaire. L'auteur considère qu'il peut exclure la fièvre typhoïde et la tuberculose.

OBS. 30 : CAVICCHIA (1902).

Un carabinier à pied, âgé de vingt-cinq ans, présente des douleurs abdominales et des alternatives de constipation et de diarrhée depuis trois ans, à la suite d'une crise d'entérite aiguë. Il a fait, il y a quatre mois, une crise d'obstruction intestinale. Il entre à l'hôpital pour une douleur abdominale subite et violente. On trouve une douleur à la palpation de l'hypocondre gauche et une submatité au même niveau. Le lendemain le malade vomit et continue à présenter un arrêt des matières et des gaz. Pouls rapide, température 36°5. Le ventre est rigide et tendu avec douleurs à la palpation de l'hypocondre gauche. La matité hépatique est conservée. L'état ne fait que s'aggraver. On intervient dans la nuit.

Opération. — Incision médiane. Collection purulente de l'hypocondre gauche causée par une perforation du grêle. L'orifice large de trois millimètres est taillé à pic à peu de distance de l'insertion du mésentère. Son grand axe est longitudinal.

Excision, suture, lavage du péritoine, Mikulicz.

Guérison après l'ouverture dans le rectum d'une collection suppurée pelvienne.

Histologie. — On trouve sur les bords de l'ulcération une infiltration à petites cellules de la muqueuse et de la sous-muqueuse ainsi qu'une dilatation capillaire. Quelques villosités sont nécrosées autour de l'ulcère.

OBS. 31 : ROTGANS (1905).

Chez un malade qu'on devait opérer pour ulcère de l'estomac on trouve sur la partie supérieure du jéjunum, à vingt ou trente centimètres au-dessous du duodénum, une infiltration arrondie qui donne la même sensation, au toucher, que l'ulcère de l'estomac.

Suture enfouissant la zone infiltrée. Guérison.

OBS. 32 : DODSON (1906).

Un charretier, âgé de 57 ans, avait été soigné antérieurement pour hydrocèle, hernie et une affection valvulaire chronique. Un matin, il se heurte au coin d'une porte et, le soir, ne peut plus uriner. Le lendemain, le malade se porte mieux, le pouls bat à 80. Il y a eu une miction spontanée. Il meurt subitement à une heure du matin le jour suivant.

Autopsie médico-légale. — On trouve une péritonite diffuse avec des matières fécales dans le péritoine. Il y a une perforation d'un petit ulcère chronique de l'intestin grêle, à environ deux mètres quarante de l'estomac. L'orifice mesure six millimètres sur trois. On constate en outre une ecchymose de l'aîne gauche à trente centimètres de distance de la perforation.

OBS. 33 : BEECKMANN-DELATOUR (1908).

Un garçon de 15 ans, opéré six ans auparavant d'appendicite suppurée fait brusquement une péritonite aiguë.

Opération. — A la trente-sixième heure. On trouve des anses grêles agglutinées, et sur l'une d'elles une perforation. Résection de quinze centimètres. Guérison.

Examen histologique. — Ulcération simple sans signe spécifique.

OBS. 34 : LE FORT (1908).

Une femme de 38 ans atteinte de constipation opiniâtre depuis quatre ans, a été prise d'une violente douleur dans la fosse illiaque droite. Elle a été traitée pendant deux jours par des purgatifs. Depuis quatre jours, il n'y a eu ni selle, ni gaz.

A l'examen : pouls à 96, température normale. Le ventre est ballonné surtout du côté droit. La palpation n'est pas douloureuse. La percussion montre du tympanisme.

Opération. — Incision médiane sous-ombilicale. Deux anses grêles très ballonnées font issue. L'une d'elles présente une perforation par où s'échappe un jet de liquide intestinal. La perforation est arrondie, de deux à trois millimètres de diamètre et siège sur le bord convexe mais plus près d'un bord mésentérique que de

l'autre. Les anses voisines sont couvertes d'un exsudat blanchâtre. Il n'y a pas de liquide dans le ventre.

Fermeture de la perforation et enfouissement d'un ulcère situé à trois centimètres de là, au niveau duquel les tuniques intestinales ont disparu à part la séreuse. Lavage des anses à l'eau chaude. Fermeture sans drainage. Guérison en 24 jours.

OBS. 35 : JANKOWSKI (1908).

Un ouvrier de 48 ans ressent en soulevant un fardeau de violentes douleurs dans la partie inférieure gauche de l'abdomen. Les douleurs augmentent et il y a arrêt des matières et des gaz. Pas de vomissement. Pas d'antécédents gastriques. Appendicite il y a quinze ans.

Examen. — Température 37°5, pouls 140. Ballonnement à la partie supérieure de l'abdomen. La paroi est partout tendue et légèrement sensible à la pression. Tuméfaction tympanique sentie dans la fosse iliaque gauche et retrouvée au toucher rectal. Un lavement fait affaïsser cette tuméfaction.

Opération. — Dès le début de la narcose le malade fait une syncope et on doit s'arrêter. La mort survient à la quarantième heure de la maladie.

Autopsie. — Il y a du pus dans le péritoine et surtout dans le petit bassin. Epiploon ratatiné. L'appendice est réduit à un moignon d'un centimètre et demi.

A trois mètres de l'estomac, il existe un rétrécissement sur une largeur d'un travers de doigt. A ce niveau la séreuse est atrophiée et on voit un ulcère en entonnoir gros comme un pois et perforé. Sur le bord de celui-ci on trouve un deuxième ulcère non perforé gros comme un grain de mil. Rien d'anormal sur les autres organes.

OBS. 36 : SCHMILINSKI (1910).

Une femme de 63 ans souffre depuis des années de l'estomac et a présenté deux fois, une hématomèse et du melaena. **On avait trouvé trois ans auparavant une sténose du pylore avec hyper-sécrétion.** Actuellement, il n'y a pas d'acide chlorhydrique libre dans le liquide de stase, mais de la bile. De l'air insufflé dans l'estomac, passe dans le duodénum remarquablement vite pour une sténose pylorique.

Opération. — Le duodénum et le début du jéjunum sont dilatés. Il y a une induration sténosante du jéjunum et du mésentère adjacent, à quatre centimètres de l'angle duodéno-jéjunal. Résection. Guérison.

La pièce montre un ulcère sur le bord mésentérique de la sténose.

Examen histologique. — Donne les signes d'une inflammation chronique.

OBS. 37 : PARCELIER et COURAUD (1911).

Une femme de 60 ans est opérée de hernie crurale droite étranglée à la cinquantième heure. Le sac contient de l'épiploon. La mort survient vingt heures après.

Autopsie. — On trouve du pus dans le péritoine. Les anses intestinales sont agglutinées par des fausses membranes. A un millimètre du cœcum, sur le bord libre du grêle, existe une perforation unique, à bords très nets, taillés à l'emporte-pièce. La muqueuse intestinale est normale tout autour. Rien dans les autres organes.

Histologie. — Dans la région ulcérée la muqueuse est tombée. Il n'y a plus trace de glandes. Un tissu flou prenant mal les colorants s'est substitué à la muqueuse. Le tissu de nécrose est revêtu de polynucléaires en grand nombre. Nombreux microbes. L'intestin voisin présente des lésions inflammatoires importantes.

OBS. 38 : PARCELIER (1911).

Un homme de 37 ans, manœuvre, sans antécédents digestifs, est pris subitement, au cours de son travail, d'une violente douleur dans la fosse iliaque droite. Le lendemain le pouls est à 125, la température à 38° et on porte le diagnostic de péritonite généralisée d'origine appendiculaire.

Opération. — On ne fait qu'un drainage du Douglas à travers une incision médiane, un drainage de la fosse iliaque droite à travers une courte incision latérale. Mort le huitième jour.

Autopsie. — On ne trouve plus de pus libre dans l'abdomen, mais de multiples abcès cloisonnés siégeant jusque sous le diaphragme. Sur l'intestin grêle, à dix centimètres environ de la valvule iléo-cæcale, on trouve sur la convexité de l'anse une perforation unique, de deux centimètres de diamètre environ, à bords taillés à pic, ayant tout à fait l'aspect de l'ulcère rond de l'estomac. Sur le cœcum, la distension par l'eau révèle l'existence de deux perforations filiformes, absolument invisibles sur l'organe en place. Rien à signaler dans les autres viscères, appendice sain.

OBS. 39 : LEFEBVRE (1913).

Un malade présentant une péritonite aiguë et ayant eu quelques auparavant une hématomésc, est opéré.

Opération. — Sur le bord libre du grêle, on trouve quatre ulcérations en ligne droite, ayant plus ou moins profondément creusé la paroi. L'une d'elles est perforée. Résection de quinze centimètres de grêle. Guérison.

Les follicules clos sont intacts, les plaques de Peyer non modifiées ; il n'y a pas d'aspect bacillaire.

OBS. 40 : STIENON (1913).

Un homme de 30 ans, sans antécédents pathologiques, présente une péritonite aiguë.

Opération. — Matières fécales dans le péritoine. Perforation du grêle avec, au voisinage, trois points douteux. Résection intestinale. Quelques jours après, les phénomènes péritonéaux reprennent. Nouvelle intervention. Guérison.

L'auteur attribue les lésions à des clous que le malade, menuisier, aurait avalés. Mais ce n'est là qu'une hypothèse, et on n'a pas trouvé de corps étrangers à l'opération, ni à la radioscopie.

OBS. 41 : CADE, ROUBIER et MARTIN (1913).

Un homme de 25 ans, garçon épicier, en bonne santé habituelle, a présenté, il y a un mois, des douleurs assez vives dans la fosse iliaque gauche. Il y a dix jours, les douleurs auraient repris ; on aurait trouvé dans la fosse iliaque gauche un plastron. Le malade est venu à pied à l'hôpital. Le soir, il est pris d'une violente douleur au-dessous de l'ombilic avec irradiations à la verge. En même temps, vomissements.

Le lendemain, l'état général est grave. Le ventre très douloureux est météorisé dans la région sous-ombicale. Il y a un peu d'ascite. Constipation absolue. Hoquet.

Mort le même jour dans le collapsus.

Autopsie. — Péritonite diffuse. Perforation du jéjunum, à soixante centimètres de son origine, de cinq millimètres de diamètre, au centre d'une zone noirâtre. Juste au-dessous se trouve un épaississement fibreux et circulaire d'un centimètre de hauteur, ne déterminant pas de sténose.

Nombreux ganglions mésentériques hypertrophiés.

Reins, cœur, poumons et foie normaux. Périplénite.

Examen histologique. — Ulcération en gradins. — La sous-séreuse, la musculaire et la sous-muqueuse sont épaissies. La mu-

queuse est nécrosée à distance. Partout règne une infiltration inflammatoire très intense, surtout lymphocytaire, mais aussi, par places, à polynucléaires. En quelques points existe une infiltration hémorragique abondante. Aucun follicule tuberculeux. Les vaisseaux du mésentère sont perméables à la coupe. Les ganglions ne montrent que des lésions inflammatoires et nécrotiques.

OBS. 42 : MURPHY (1916).

Un homme de 62 ans présente des troubles digestifs depuis quinze ans. Les crises douloureuses surviennent tous les mois. La douleur apparaît une à trois heures après les repas. Elle siège à l'épigastre. Ces crises douloureuses sont accompagnées de vomissements. Le malade présente des signes de perforation imminente dans la partie supérieure de l'abdomen. Il y a du méléna, et quelques jours après des hématomèses.

Radiologie. — Signes de sténose pylorique. On porte le diagnostic d'ulcère du duodénum.

Opération. — On trouve une induration inflammatoire du duodénum, due à un ulcère. Il y en a un autre dans la première portion du jéjunum. Gastro-jéjunostomie antérieure. Le malade guérit et était très amélioré trois mois plus tard.

Murphy déclare avoir vu une autre fois, un ulcère occupant la même situation.

OBS. 43 : BRYAN (1916).

Un homme de 48 ans, surveillant, présente depuis quatre ans, des douleurs épigastriques vives, survenant par crises qui augmentent progressivement de fréquence et de durée. Deux ans auparavant, les douleurs et les nausées ont été continues pendant quatre mois. Le malade est incapable de travailler régulièrement depuis trois ans.

Il ressent subitement une douleur abdominale et on fait deux heures après, le diagnostic de péritonite par perforation gastrique. Le patient ne se décide à l'opération qu'au bout de dix-sept heures. La température est de 38°7 et le pouls à 114.

Opération. — La cavité péritonéale est pleine de liquide verdâtre, avec des particules alimentaires. L'estomac est atrophié. Ses parois sont épaissies et blanchâtres. L'épiploon est épaissi.

Le jéjunum présente une perforation, de la taille d'un noyau de cerise, au centre d'une induration blanchâtre et épaisse étendue sur plusieurs pouces de part et d'autre. L'induration disparaît progressivement de chaque côté. L'ouverture est à huit centimètres

de l'angle duodéno-jéjunal. Etant donné l'état du patient, l'induration de la paroi, on ne peut faire qu'une épiplooplastie. Lavage au sérum. Drainage. Mort quatorze heures après. Pas d'autopsie.

OBS. 44 : LETT (1919).

Une femme de 54 ans, ayant un passé dyspeptique, présente depuis deux jours un syndrome de péritonite aiguë.

Opération. — On trouve une perforation jéjunale, à bords épais et infiltrés, qu'on suture en deux plans. Guérison.

Il n'y avait ni fièvre typhoïde, ni tuberculose, ni tumeur.

OBS. 45 : LETT (1919)

Un homme de 45 ans est atteint, depuis cinq semaines, d'anorexie et amaigrissement. Brusquement apparaissent les signes d'une péritonite par perforation.

Opération. — Au bout de quelques heures. On trouve une perforation de l'iléon près de la valvule de Bauhin. Suture. Guérison.

Séro-diagnostic négatif pour la fièvre typhoïde.

OBS. 46 : LEOTTA (1920)

Un ouvrier de 25 ans, sans antécédents digestifs, est pris subitement d'une douleur en coup de poignard dans la fosse iliaque droite, irradiant à tout l'abdomen, avec vomissements et diarrhée. Il se purge.

Le lendemain, l'état général est grave. La température est à 37°5. Le pouls est faible, à 120. Maximum de douleur et de défense dans le quadrant inférieur et droit de l'abdomen. Météorisme abdominal et disparition de la matité hépatique. Diagnostic de péritonite appendiculaire.

Opération. — Péritonite généralisée. Appendice sain. Il existe une perforation de l'intestin grêle à vingt centimètres du cœcum. Elle est arrondie, taillée à l'emporte-pièce, à peine plus grande qu'une pièce d'un centime. Les bords sont nets et lisses. Aucune lésion visible sur la partie du grêle qu'on peut explorer. On pratique une excision de la perforation, suivie de suture. Drainage du petit bassin et de la fosse iliaque droite. Guérison.

Examen histologique. — L'ulcère est plus étendu sur la muqueuse que sur la séreuse. Les bords sont constitués par du tissu nécrosé avec une légère infiltration leucocytaire de la sous-muqueuse. On ne voit qu'une artériole sur le fragment. Elle est oblitérée, mais ne présente pas de lésions pariétales.

OBS. 47 : KRETSCHMER (1920)

Un homme de 39 ans se plaint de douleurs abdominales, de vomissements et d'alternatives de constipation et de diarrhée depuis trois mois.

Radiologie. — Rétention de la bouillie barytée dans la partie supérieure du grêle.

Opération. — On trouve une masse, grosse comme le poing, à la partie supérieure et gauche de l'abdomen, constituée par de l'épiploon, le colon transverse, la face postérieure de l'estomac et le jéjunum. Le jéjunum se perforé pendant qu'on le libère. On resèque une portion du jéjunum et de l'épiploon.

La pièce montre un ulcère cicatrisé, avec induration encerclant le jéjunum. Il n'y avait pas d'autre perforation que celle constatée.

Le malade meurt quelques jours après, dans le collapsus avec des symptômes d'occlusion.

OBS. 48 : FINOCHIETTO (1920)

L'auteur rappelle à la Société de chirurgie de Buenos-Ayres qu'il a opéré il y a seize ans un malade atteint d'ulcère simple du jéjunum. L'observation est relatée dans la thèse de Gismondi (1914).

L'ulcère perforé siégeait à quelques centimètres au-dessous de l'angle duodéno-jéjunal et fut guéri par résection intestinale.

OBS. 49 : BASILE (1920)

Un homme de 45 ans, en bonne santé habituelle, est pris, neuf jours avant son entrée à l'hôpital, de douleurs violentes dans l'abdomen, de vomissements et de fièvre. On constate une péritonite diffuse, avec un maximum de douleur dans la fosse iliaque droite. Diagnostic de péritonite appendiculaire.

Opération. — Elle ne montre pas de lésion appendiculaire et on doit l'interrompre à cause du mauvais état du malade qui meurt quelques heures après.

Autopsie. — On trouve deux ulcères du diamètre d'une pièce d'un centime, à vingt centimètres de la valvule iléo-cœcale. Le reste de la muqueuse intestinale est normal.

Examen histologique. — Il montre, comme l'examen macroscopique, des lésions semblables à celles d'un ulcère de l'estomac ou du duodénum.

OBS. 50 : ROUX-BERGER (1921)

Une femme de 38 ans, est prise subitement en pleine santé, de douleurs abdominales avec irradiations lombaires. Elle vomit et

ne rend ni selle ni gaz pendant trois jours. C'est la huitième crise qu'elle présente ainsi.

L'examen physique est négatif.

Radiologie. — Elle montre une dilatation des anses grêles avec un léger retard à l'évacuation.

Opération. — A un mètre du cœcum, le grêle est fixé par une rétraction du mésentère, et comme aplati sur la face gauche de celui-ci par des adhérences. L'intestin est dilaté au-dessus, aplati au-dessous. On le libère et on le résèque sur quinze centimètres. Guérison.

Sur la pièce, existe une petite ulcération irrégulière, d'environ un centimètre de diamètre, à bords rouges et indurés, siégeant à deux centimètres de l'insertion mésentérique.

Il n'y a pas, par ailleurs, d'induration, pas de ganglions, dans la partie du méso enlevée.

Examen histologique. — L'ulcération siège au niveau d'une formation lymphoïde. Le chorion est œdémateux. Il y a là une dilatation capillaire, et d'assez nombreux polynucléaires en diapédèse. Aucune lésion tuberculeuse.

OBS. 51 : BAZY (1921)

Un homme de 45 ans, porteur d'une ancienne hernie inguinale droite, la rentre difficilement un matin. Il est pris dans la journée de douleurs et de vomissements et entre à l'hôpital. La température est élevée, le pouls est bon. Le ventre est uniformément dur. On diagnostique une hernie étranglée, réduite en masse.

Opération. — Laparotomie médiane sous-ombilicale. Le ventre est plein de pus, de gaz et de matières fécales. La première anse grêle qui se présente porte une perforation de la grandeur d'une pièce de cinquante centimes, qu'on ferme. Près de la perforation, existe une dépression en cupule sur le bord libre de l'intestin. On pense à une invagination du diverticule de Meckel. Résection. Mort, dans les jours suivants.

A l'examen de la pièce, il n'y a pas de diverticule de Meckel, mais l'anse grêle est coudée en Z et fixée dans cette position par des adhérences très serrées.

OBS. 52 : BAZY (1921).

Un homme de 40 ans souffre depuis deux mois de douleurs abdominales violentes et de constipation. Vingt heures auparavant, il a reçu un coup de pied sur une hernie inguinale gauche dont il est atteint.

Il déclare souffrir depuis ce moment, et avoir vomi. On constate une hernie inguinale gauche, irréductible et douloureuse, des signes de péritonite généralisée, des signes généraux graves. Diagnostic de hernie étranglée avec sphacèle au niveau du collet.

Opération. — Herniolaparotomie. Le sac contient une frange épiploïque épaisse, mais pas d'anse intestinale. Le ventre est plein de pus et de matières fécales. On trouve une perforation d'une anse grêle, proche de l'orifice herniaire, de la taille d'une pièce d'un franc. L'anse perforée présente en amont comme en aval, les mêmes lésions que celles qui sont décrites dans l'observation précédente. Suture de la perforation. Mort dix-huit heures après.

Autopsie. — Médico-légale. Le Docteur Paul conclut à une péritonite ancienne, de cause indéterminée, avec une ulcération unique et perforée du grêle, mais aucun signe de fièvre typhoïde, ni de tuberculose.

OBS. 53 : BERGERET (1921)

Un homme de 45 ans, scieur de long, ayant passé l'après-midi à boire, est pris de violentes douleurs abdominales. On constate une contracture abdominale généralisée. Pas de selles. Un lavement revient avec un peu de sang noir. Le malade aurait présenté, depuis trois ans, quelques coliques et un peu de constipation.

Opération. — A la trentième heure, avec le diagnostic d'occlusion intestinale aiguë. Il existe sur une anse située à la partie moyenne du grêle, une sorte de torsion, sans troubles circulatoires. Il y a une perforation arrondie, de la taille d'une pièce de cinquante centimes, à bords souples, taillée à pic, non indurés. Elle est sur la face droite de l'intestin, presque au contact du bord mésentérique. On voit sur une anse la trace de l'accollement qui avait oblitéré la perforation. Suture en deux plans. Fermeture sans drainage. Guérison.

OBS. 54 : MAKAI (1921)

Un homme de 50 ans présente des signes de péritonite aiguë.

Opération. — Elle montre une perforation découpée à l'emporte-pièce, dans la partie inférieure de l'iléon. Elle a la taille d'une pièce de deux hellers. Suture. Mort.

Autopsie. — La perforation siège à trois centimètres de la valvule iléo-cœcale, à deux centimètres du bord mésentérique. La muqueuse fait saillie à l'extérieur. Le reste de la muqueuse est

partout normal. Il existe une embolie de l'artère pulmonaire. Rien d'anormal par ailleurs. La culture de la rate reste négative.

Examen histologique. — Il ne montre qu'une nécrose modérée et une infiltration cellulaire.

OBS. 55 : MAKAI (1921)

On diagnostique, chez un homme de 30 ans, une appendicite subaiguë.

Opération. — Il n'y a rien à l'appendice, mais à vingt centimètres de la valvule de Bauhin, on trouve une infiltration de la paroi de l'iléon, d'une dureté cartilagineuse, de la taille d'un mark. La séreuse est injectée à ce niveau. Enfouissement de la région infiltrée, ablation de l'appendice. Guérison.

Il n'y avait aucun signe de syphilis.

OBS. 56 : MARAGLIANO (1921)

Un menuisier souffre, au début du mois d'avril, de dyspepsie et constipation. Le 20 avril, il ressent des douleurs dans le bas-ventre qui se ballone. Le 5 mai, vomissements fécaloïdes. Le 8 mai, il entre dans le service, avec le diagnostic de péritonite purulente. Température à 37°5. Le pouls est à 80. Le malade meurt le 10 mai.

Autopsie. — Péritonite purulente. A la terminaison de l'iléon, près de la valvule iléo-cœcale, on trouve deux ulcères, mesurant deux centimètres, dont l'un atteint la muqueuse et l'autre la musculieuse. Il y avait plus haut deux autres ulcères dont l'un avait perforé la séreuse. La muqueuse et les follicules sont çà et là un peu œdématiés.

Absence complète de tuberculose. La rate, le foie, les reins et les autres viscères sont normaux.

OBS. 57 : MARAGLIANO (1921)

Un maçon, âgé de 33 ans, qui aurait eu un chancre trois ans auparavant, aurait souffert pendant ces dernières années, de douleurs abdominales modérées. Le 20 avril, il ressent des douleurs plus violentes, accompagnées de diarrhée et de fièvre, l'obligeant à s'aliter pendant deux jours. Le 14 mai, après avoir été à la selle, survient une crise très douloureuse, dans le côté droit du bas-ventre. Le malade vomit. Le 16, il vient à pied à la clinique. Son ventre est tendu et tympanique. La température est à 37°, le pouls à 100. Les douleurs et les vomissements deviennent continus et la mort survient le 18.

Autopsie. — Péritonite aiguë purulente. A cinquante centimètres de la valvule iléo-cœcale, une ulcération ovale dont le plus grand diamètre est oblique par rapport à l'axe de l'intestin, est perforée. Sur la séreuse, la perte de substance a un demi-centimètre de diamètre, sur la muqueuse, elle est plus étendue. A deux ou trois centimètres au-dessous de la valvule, il y a deux autres ulcères atteignant la musculaire.

OBS. 58 : MARAGLIANO (1921)

Un paysan de 23 ans présente le 9 mai des vomissements et de la constipation, le 16 de la fièvre et du ballonnement du ventre. Le 21, les douleurs augmentent, les vomissements sont fécaloïdes. Le ventre est tendu et très douloureux à la pression, surtout dans la fosse iliaque droite. Température 36°8. Pouls 120. On diagnostique une péritonite.

Opération. — Perforation de l'iléon près de la valvule de Bauhin. Résection intestinale de cinquante centimètres. Mort cinq heures après.

Autopsie. — Péritonite purulente. Il y a de petites suffusions sanguines de la muqueuse de l'iléon. Leur diamètre est de trois millimètres. Elles sont dirigées obliquement par rapport à l'axe de l'intestin. Les follicules clos et les plaques de Peyer sont normaux.

On retrouve les mêmes lésions sur la portion réséquée et plusieurs ulcérations dont l'une est perforée.

Examen histologique. — Infiltration de petites cellules autour des ulcères. Lésions de nécrose. Hémorragie dans toutes les couches de la paroi. Rien à noter sur les vaisseaux. Les ulcères ont l'aspect des ulcères peptiques habituels.

OBS. 59 : CHIASSERINI (1922)

Un homme est amené avec les signes d'une péritonite aiguë, ayant débuté brutalement comme il prenait un apéritif.

Opération. — On trouve une perforation lenticulaire du jéjunum, entourée d'une zone indurée de deux centimètres de diamètre, à un centimètre au-dessous de l'angle duodéno-jéjunal. La mort survient 48 heures après.

Examen histologique. — On porte le diagnostic d'ulcus simplex.

OBS. 60 : AYESTARAN (1922)

Un homme de 49 ans, présentant un passé gastrique net, est

amené avec un syndrome péritonéal datant de dix-huit heures. On diagnostique une perforation d'ulcère de l'estomac.

Opération. — Liquide abondant et exsudat fibrineux dans l'abdomen. L'estomac, la vésicule et l'appendice sont sains. On se borne à drainer et le malade meurt.

Autopsie. — On trouve un ulcus typique, à bords peu indurés, siégeant à la partie moyenne du grêle et au niveau duquel existe une perforation lenticulaire. Il n'y avait ni fièvre typhoïde, ni tuberculose, ni syphilis.

OBS. 61 : MAC KELNEY (1922)

Un coiffeur de 36 ans se sentait indisposé depuis dix ou douze jours, quand il ressentit une douleur atroce dans la région ombilicale.

Il est admis à l'hôpital trois heures après, dans un état grave, avec une température à 38°9, un pouls faible et rapide. L'abdomen est dur et douloureux. Il n'y a pas de matité préhépatique.

Opération. — Ulcère perforé de l'iléon à quinze centimètres du cœcum. Suture. Drainage.

Treize jours après, nouvelle crise. Le pouls est à 130 et la température à 40°5. Contracture et sensibilité de la partie inférieure de l'abdomen. On pense à une nouvelle perforation. Une incision sous-ombilicale livre passage à du pus jaune, libre dans la cavité abdominale et permet de vider un abcès rétro-vésical.

Dix-huit jours après alors que la température est normale, surviennent des douleurs violentes dans l'hypochondre droit. On trouve une grosse vésicule biliaire.

Troisième opération pour drainer la vésicule qui est pleine de pus, et enlever un calcul oblitérant le canal cystique. Le malade finit par guérir.

OBS. 62 : MÉRIEL (1922)

Un malade entre à l'hôpital pour des vomissements alimentaires et des douleurs abdominales dont le début remonte à quatre mois. L'examen est négatif, à part un point douloureux à droite et un peu au-dessus de l'ombilic. Pas de sang dans les selles, ni dans les vomissements.

Opération. — Il n'y a rien à l'estomac, mais on fait une gastro-entérostomie postérieure parce qu'un examen radiologique aurait montré, une fois, de la stase.

Le huitième jour, apparaissent des vomissements qui deviennent fécaloïdes, du ballonnement du ventre et la température monte

entre 38 et 39. On réintervient avec le diagnostic d'occlusion. On trouve une anse grêle distendue et à parois épaissies, et des anses grêles adhérentes à la face postéro-supérieure de la vessie. Au premier essai de libération, on voit s'ouvrir une perforation sur une des anses grêles. On la suture et on fait une anastomose entre les portions sus- et sous-jacentes à la lésion.

La mort survient au bout de cinq jours.

Autopsie. — L'ulcère siège sur l'une des anses adhérentes à la vessie. Il est taillé à l'emporte-pièce, de la dimension d'une pièce de cinquante centimes, à bords un peu surélevés et indurés.

Examen histologique. — La muqueuse s'arrête au niveau de l'ulcération. Il y a une infiltration leucocytaire de la sous-muqueuse et de la séreuse. Aucune lésion tuberculeuse ou cancéreuse.

OBS. 63 : GALE (1922)

Une femme de 40 ans est admise, le 17 septembre 1918, pour une douleur abdominale généralisée, de la défense de la paroi et des vomissements. Température 37°5. Pouls 120. Leucocytes 17.800 avec 88 % de polynucléaires. On diagnostique une appendicite. La malade avait présenté quelques jours auparavant des furoncles du conduit auditif.

Première opération. — Signes de péritonite. A trente ou quarante centimètres de la valvule iléo-cœcale, on trouve une perforation du grêle, entourée par une zone indurée du diamètre d'une pièce d'un cent. Suture en bourse. Drainage. Guérison.

Deuxième opération. — Le 16 avril 1919, on enlève l'appendice à la suite d'une crise douloureuse et on ne trouve pas de trace de l'ancien ulcère.

Troisième opération. — Le 26 octobre 1919, la malade revient pour un syndrome abdominal grave, pour lequel on porte le diagnostic de perforation de l'intestin grêle. Deux semaines avant cette crise, la malade avait eu des furoncles du conduit auditif externe. On trouve une perforation de l'intestin grêle entourée d'une induration de la taille d'un dollar. Résection intestinale. La réaction de Wassermann, l'hémoculture, le séro-diagnostic pour la typhoïde étaient négatifs.

L'examen histologique montre un ulcère simple avec réaction inflammatoire où prédominent les petites cellules rondes.

Quatrième opération. — Le 17 janvier 1921, la malade était venue à l'hôpital pour des douleurs abdominales, deux semaines après une poussée de furoncles du conduit auditif externe. L'examen est négatif, en dehors de lésions dentaires. Brusquement ap-

paraît un syndrome abdominal aigu pour lequel on porte le diagnostic de perforation du grêle. On découvre deux ulcérations juste au-dessus de l'anastomose. Résection de l'ancienne anastomose. Drainage et guérison.

Les ulcères, examinés, sont identiques aux précédents.

Les examens pour rechercher la syphilis, la typhoïde, la tuberculose et l'amibiase ont été négatifs.

Les médecins de la Mayo Clinic pensèrent à des ulcérations inflammatoires dont le point de départ était les lésions dentaires, tandis que Gale les attribue à la furonculose du conduit auditif.

OBS. 64 : RICHARDSON (1922)

Un homme de 47 ans a présenté, en juillet 1919, une crise douloureuse abdominale grave, durant six heures, accompagnée de vomissements. En septembre 1919, survient une crise semblable. Entre les deux crises, il n'y avait pas eu de symptômes gastriques. Depuis ce temps, il a présenté des douleurs dans le flanc gauche. Depuis deux semaines, les selles ont été noires. La veille, le malade a ressenti une douleur brutale dans le quadrant inférieur gauche de l'abdomen, irradiant à l'épaule.

A l'examen, le ventre est tympanique, le tympanisme remonte jusqu'à trois centimètres au-dessus du rebord costal, et au-dessus, on trouve la matité hépatique jusqu'au sixième espace. Le côté gauche est rigide. Il y a de la douleur et de la contracture, plus marquées à environ neuf centimètres au-dessous du rebord costal gauche. Température 36,8. Pouls 82. Leucocytes 18.400.

Opération. — Liquide floconneux dans l'abdomen. Rien à l'estomac ou au duodénum. Une anse grêle est adhérente à la paroi postérieure, près de l'angle splénique. On la libère. On trouve une induration du grêle, à ce niveau, sur laquelle se trouve une perforation de trois millimètres. Cette induration rétrécit l'intestin. On fait une résection atypique, laissant le mésentère, et enlevant un ulcère qui encercle l'intestin. Il semble que la lésion soit à soixante centimètres du début du jéjunum. Fermeture sans drainage. Guérison.

L'examen de la pièce montre que les bords de l'ulcère sont un peu surélevés et que sa base est dure au toucher.

Examen histologique. — La surface de l'ulcère est recouverte d'un exsudat nécrotique. Sa base est formée de tissu fibreux qui s'étend sur toute l'épaisseur de l'intestin.

Exsudat inflammatoire considérable sur la surface péritonéale. Pas de tuberculose, ni de cancer. On ne décèle pas de spirochètes par la méthode de Levaditi.

OBS. 65 : RICHARDSON (1922)

Une femme de 48 ans était sujette, depuis des années, à des douleurs épigastriques et à des vomissements. Depuis huit jours, les douleurs sont plus violentes. Pas d'hématémèse, ni de melaena.

Actuellement, la douleur est généralisée, mais plus intense à l'épigastre. Pas de péristaltisme, rien au toucher rectal. Température 36°3. Pouls 112. Globules blancs : 19.000.

Opération. — On trouve une masse dans le quadrant supérieur droit. Il y a un liquide floconneux et sans odeur dans l'abdomen. La masse est formée d'une anse jéjunale, siégeant probablement vers le milieu du jéjunum, agglutinée par des adhérences. En libérant ces adhérences, s'échappent des matières par une perforation. On résèque quinze centimètres d'intestin et on draine. L'intestin était dilaté au-dessus de la lésion.

La pièce montre une perforation circulaire de un centimètre et demi de diamètre.

Examen histologique. — Un peu de tissu de granulation sur les bords de l'ulcère et vaisseaux sanguins voisins normaux.

OBS. 66 : HOLTZWEISSIG (1922)

Une femme de 58 ans souffre, depuis une douzaine d'années, de crises douloureuses dans l'hypocondre droit, accompagnées d'ictère. Un soir, à huit heures, elle ressent une douleur abdominale brusque, qui fait penser à une colique hépatique, d'autant plus qu'apparaît une jaunisse. Le lendemain, son état est grave, et on diagnostique une péritonite.

Opération. — On trouve deux à trois litres de liquide brunâtre dans l'abdomen. Il n'y a rien à l'estomac, mais une perforation lenticulaire, juste au-dessous de l'angle jéjuno-duodénal. Suture. Mort le lendemain.

Le liquide péritonéal, prélevé, a une réaction acide.

Autopsie. — Lésions de péritonite diffuse. On trouve au niveau de la première anse jéjunale des lésions de la muqueuse, sur dix centimètres. Ce sont huit ulcères, de la taille d'une lentille, à bords circulaires et en pente. L'une atteint la séreuse, l'autre est perforée (et suturée), les autres sont moins profondes. Dans le méso de l'anse, on trouve deux tumeurs, dont l'une a la taille d'un petit œuf de poule, l'autre celle d'une prune, et qui présentent à la coupe, un aspect rougeâtre. Les conduits biliaires intra et extra-hépatiques sont dilatés. Il y a plusieurs calculs dans la vessie et le cholédoque, l'un d'eux est enclavé dans la papille.

Examen histologique. — Les ulcérations sont à type peptique entamant la muqueuse et la musculaire en entonnoir. Il n'y a pas d'infiltration de cellules rondes.

Les tumeurs du mésentère montrent, à la coupe, des lymphocytes avec reticulum fin, sans structure réelle de ganglions.

L'auteur pense qu'il s'agit d'une ulcération vraiment peptique, développée rapidement, à la faveur d'une obstruction récente et complète du cholédoque, et localisée à ce niveau par la présence des tumeurs mésentériques qui ont comprimé les vaisseaux et les nerfs.

OBS. 67 : WALTON (1922)

Une femme de 45 ans souffre de crises douloureuses abdominales, durant d'une à deux semaines, et survenant à peu près tous les deux mois, avec une absence complète de douleur entre les crises. Depuis quelque temps, la douleur était plus fréquente, presque quotidienne. Elle siégeait à l'épigastre, mais au-dessous de celle qu'on observe ordinairement dans les ulcères de l'estomac. Elle irradiait dans le dos et à tout l'abdomen. Elle survenait tard après les repas et était habituellement calmée par l'absorption d'aliments. Pas de vomissements, ni d'hématémèse.

A l'examen, on trouve dans la zone épigastrique, une tuméfaction mal définie qui, aux rayons X, semble repousser un peu l'estomac en haut et ne paraît pas être en connexion directe avec l'intestin. Transit gastro-intestinal normal.

Opération. — On trouve sur le jéjunum, à environ quatre-vingt-dix centimètres de son origine, une zone enflammée et indurée de cinq centimètres de long. L'épiploon y adhère. Les ganglions mésentériques sont augmentés de volume. On ne voit rien sur le reste de l'intestin. Résection de la zone enflammée. Fermeture de la paroi.

A l'ouverture de la pièce, on trouve un ulcère à fond lisse, comparable à un ulcère de l'estomac.

Examen histologique. — Lésions inflammatoires chroniques avec destruction de la muqueuse et de la musculaire. Rien ne fait penser à la tuberculose ou à la syphilis.

La malade sort guérie au bout de quatorze jours. Son Wassermann est négatif. Pendant quatre mois, elle présente encore une légère dyspepsie. Un an après, une laparotomie pour prolapsus utérin permet de constater l'absence de lésion intestinale. Deux ans et demi après la première opération, la malade ne présentait aucun symptôme.

OBS. 68 : CHABRUT (1923)

Une femme de 25 ans avait été opérée pour appendicite, en 1918.

Le premier août 1922, après une purgation, elle est prise de douleurs dans le bas-ventre du côté droit qui deviennent de plus en plus fortes et se généralisent. Vomissements.

Le lendemain, la température est à 38°8. Il y a des vomissements bilieux et un arrêt des matières et des gaz. L'examen montre une douleur, avec une défense légère, dans l'hypogastre à droite. Au toucher, on sent une masse, mal délimitée, grosse comme une orange, siégeant dans le cul-de-sac droit. On diagnostique une pelvi-péritonite annexielle. Pendant les deux mois qui suivent, la malade fait quatre poussées de subocclusion et de fièvre.

Opération. — Le 9 octobre 1922 (Docteur SCHWARTZ). La dernière anse grêle est coudée en fer à cheval par des adhérences, et couvre un clapier, à droite de la ligne médiane, au-dessous du détroit supérieur, contenant des matières alimentaires, plusieurs pépins de raisin et deux plombs de chasse. Les annexes sont saines. Résection de l'anse malade et anastomose iléo-cœcale. Guérison.

La pièce a trente centimètres de long et comprend dans le mésentère de gros ganglions. L'anse est dilatée extérieurement, mais non intérieurement, au-dessus d'un rétrécissement annulaire induré, long de un centimètre et du calibre d'un crayon. La muqueuse en amont, présente plusieurs érosions, en général losangiques. Il n'y a pas de perforation visible.

Examen histologique. — Il montre des plaques sphacéliques sur la muqueuse avec une inflammation discrète. Les ganglions ne présentent que des lésions inflammatoires banales, non tuberculeuses.

OBS. 69 : DURAND (1923)

Malade jusque-là en bonne santé apparente, opérée au cinquième jour d'une péritonite aiguë, apparue brusquement.

A cinquante centimètres du cæcum, perforation iléale ; au voisinage, ulcérations ovalaires, non perforées, à des stades divers, d'aspect non typhiques ; deux étaient presque cicatrisées. L'auteur a vu quatre ou cinq cas analogues.

OBS. 70 : FISCHER (1923)

Une femme de 42 ans est soignée, depuis cinq mois, pour une anémie qui a atteint 1.600.000 globules rouges et a nécessité deux transfusions. On a trouvé du sang dans les selles. On décide une laparotomie exploratrice.

Opération. — L'exploration de l'estomac, de la vésicule et des autres organes est négative. Le jéjunum est induré, tout près de son origine, suivant la taille d'un quarter. L'intestin est aminci et

œdémateux. Sa séreuse est rouge et couverte de plaques de fibrine. L'inflammation atteint le mésentère et le mésocôlon. On diagnostique un ulcère primitif du jéjunum et on pratique une duodéno-jéjunostomie. Les troubles dyspeptiques et l'anorexie disparaissent secondairement et, quatre mois après, elle avait 2.560.000 globules rouges. Son poids avait augmenté de dix livres. La malade mourut quatre ans après, d'une maladie intercurrente, mais il n'y a pas eu d'autopsie.

OBS. 71 : FRASER (1923)

Un homme de 51 ans ressent des douleurs dans la fosse iliaque droite, un soir, après s'être battu. Il vomit dans la nuit.

Le lendemain, il se sent bien ; mais le soir son état s'aggrave et il meurt le jour suivant.

Autopsie. — Sérosité sanglante et pus dans l'abdomen. Le pus vient de l'hypocondre gauche et est collecté dans le pelvis. On trouve à deux mètres dix du cæcum, un ulcère d'un centimètre de diamètre avec une perforation taillée à l'emporte-pièce. Par d'autre ulcère. Pas de symptôme de typhoïde ou de tuberculose. Rien aux autres organes.

L'auteur des coups fut acquitté.

Cette observation date de janvier 1908.

OBS. 72 : PATERSON-BROWN (1924)

Un plombier de 20 ans est pris, la veille de son entrée à l'hôpital, d'une douleur atroce à l'épigastre, puis de vomissements. A l'examen, on constate une rigidité de bois dans toute la région abdominale, mais une sensibilité très marquée dans la fosse iliaque droite où les douleurs se sont localisées depuis ce matin.

Opération. — Une grande quantité de liquide est épanchée dans l'abdomen, mais on n'en trouve pas la cause. Mort six heures plus tard.

Autopsie. — A vingt centimètres de l'angle iléo-cæcal, existe une perforation circulaire, de huit millimètres de diamètre environ. Sur une longueur de quarante centimètres à la partie inférieure de l'iléon, se trouvent quatre grands ulcères transversaux. Au voisinage immédiat de ces ulcères, l'intestin est congestionné, mais partout ailleurs il apparaissait normal.

Il pousse du colibacille et du streptocoque à la culture d'une petite glande prise au voisinage.

OBS. 73 : PATERSON-BROWN (1924)

Un ouvrier de 41 ans, souffrant de l'estomac depuis plusieurs mois, est réveillé vers minuit, par des douleurs très aiguës dans la région ombilicale. Il a plusieurs vomissements alimentaires. Le lendemain matin, on constate une défense très nette et de l'hyperesthésie dans la fosse iliaque droite. Une heure après, les symptômes sont généralisés à tout l'abdomen et il y a une diminution de la matité hépatique. L'état général est critique. La température est à 38°3. Le pouls à 90. On pense à un ulcère perforé du duodénum.

Opération. — Une grande quantité de liquide et de gaz fétides s'échappe dès l'incision. L'appendice est normal et on trouve une perforation au centre d'une sorte d'enfoncement circulaire, entouré d'une zone enflammée, sans induration. Enfouissement. Drainage. Mort le cinquième jour de complication pulmonaire.

Autopsie. — Elle confirme la pneumonie. La suture a tenu, mais l'état d'altération du cadavre empêche un examen microscopique.

OBS. 74 : SCHNYDER (1924)

Un homme de 21 ans présente subitement des douleurs abdominales violentes, à type de coliques, accompagnées de vomissements et de diarrhée. A l'examen, contracture généralisée et douleur à la pression de tout l'abdomen, surtout à la partie supérieure. On diagnostique un ulcère perforé de l'estomac.

Opération. — On ne trouve rien qu'un ascaris dans le jéjunum

Neuf jours après, les douleurs abdominales reprennent, très violentes, dans la région inférieure et gauche. L'abdomen est ballonné, et il a une défense musculaire dans le bas-ventre et des deux côtés. On diagnostique une péritonite par perforation.

A l'opération, on trouve une péritonite diffuse, quelques anses grêles rouges, couvertes de plaques fibrineuses. L'une d'elles est perforée en deux endroits. On l'extériorise. Le malade meurt.

Autopsie. — Sur la face antérieure de l'intestin extériorisé, on trouve deux orifices, distants de trente centimètres, mesurant respectivement un demi et deux centimètres. Les deux perforations sont plus grandes du côté muqueux; les bords sont noirâtres, taillés nettement. Au voisinage de la deuxième perforation, l'intestin a un aspect cicatriciel. Rien de particulier sur le reste de l'intestin, les vaisseaux sont libres, les autres viscères sont normaux.

La tuberculose non plus que la typhoïde ne sont retrouvées à l'examen histologique. La réaction de Wassermann est négative.

OBS. 75 : VELTE (1924)

Une femme de 77 ans est prise subitement d'une douleur violente dans le quadrant inférieur gauche de l'abdomen, accompagnée de vomissements. Le lendemain, on trouve du ballonnement du ventre, une douleur plus marquée à gauche, de la submatité dans les flancs. La température est à 38°2.

Opération. — On trouve un ulcère perforé de la taille d'une pièce de dix pfennigs, siégeant sur la partie supérieure du jéjunum. Excision et suture. La malade meurt chez elle trois mois après de bronchite.

Examen histologique. — Sous une couche de tissu nécrosé, on trouve une infiltration inflammatoire de toutes les couches de l'intestin qui sont difficilement reconnaissables. Il n'y a pas de tuberculose, ni de cancer. La fièvre typhoïde peut être écartée cliniquement.

OBS. 76 : RUTKOWSKI (1924)

Un homme de 42 ans, sellier, sans antécédents digestifs, est pris, vers onze heures du soir, en pleine santé, d'une douleur très forte dans la région ombilicale.

Le lendemain matin, on le transporte à l'hôpital dans un état grave, et on diagnostique une perforation intestinale par typhoïde ambulatoire.

Opération. — On retrouve dans le ventre des aliments ingérés la veille, et sur l'écran, à quatre-vingts centimètres de sa terminaison, une ouverture arrondie de la taille d'une cerise. Suture de la perforation. Mort 24 heures après.

Autopsie. — Péritonite généralisée.

Examen histologique. — Réaction inflammatoire sur les bords de la perforation.

Le séro-diagnostic est négatif pour l'Eberth et les paras A et B.

OBS. 77 : OUDARD (1925)

Un quartier-maitre canonnier de 32 ans, constipé depuis deux jours, a été pris, la veille de son entrée à l'hôpital de douleurs en coup de poignard dans le flanc droit. A ce niveau, il y a défense et hyperesthésie au point de Lanz et au point de Mac Burney. Légère défense dans le reste de l'abdomen. Température 38°5. Pouls 115. On pense à une péritonite appendiculaire.

Opération. — Issue de pus d'odeur intestinale. Appendice sans lésion. A dix centimètres de la valvule iléo-coecale, perforation

circulaire, lenticulaire, à bords blanchâtres taillés à l'emporte-pièce, entourée d'une zone violacée.

Au même niveau, petit hématome sur le mésentère. Il y a quelques taches ecchymotiques sur le grêle. Suture de la perforation. Drainage du Douglas. Mort trente-six heures après.

Autopsie. — Sur le dernier mètre de l'iléon, taches ecchymotiques arrondies, des dimensions d'une pièce de cinquante centimes à deux francs, plus nettes du côté muqueux que du côté séreux. Pas de lésions des plaques de Peyer ou des vaisseaux mésentériques. Quelques taches analogues dans le côlon sigmoïde. Tous les autres organes sont normaux.

OBS. 78 : OUDARD (1925)

Un soldat indigène entre à l'hôpital pour un syndrome de péritonite aiguë par perforation. On n'a aucun renseignement sur le début de l'affection. On pense à une péritonite appendiculaire.

Opération. — Perforation de l'iléon à trente centimètres de la valvule iléo-cæcale, de la dimension d'une pièce d'un franc. La séreuse au voisinage est de couleur foncée. Extériorisation de l'anse. Mort quelques heures après.

Autopsie. — L'intestin est congestionné sur un mètre de longueur en amont de l'ulcère avec quelques érosions de la muqueuse. En aval, il est normal. Pas de plaques de Peyer hypertrophiées. Aucun signe macroscopique de fièvre typhoïde.

OBS. 79 : JEAN (1925)

Un homme de 40 ans, maître timonier, est soigné depuis une semaine pour des douleurs abdominales, un peu de diarrhée et de fièvre. Hémoculture, séro-diagnostic T.A.B. négatifs. Quelques jours après, la douleur brusque dans la région sous-ombilicale de l'abdomen, suivie de l'apparition de tous les signes d'une péritonite par perforation, qu'on pense d'origine appendiculaire.

Opération. — Au quatrième jour de la péritonite. Liquide fécaloïde dans le péritoine. Appendice normal. A un mètre cinquante du cæcum, existe une perforation à l'emporte-pièce, sur le bord libre de l'intestin, à bords à peine infiltrés. Suture. Drainage. Mort le lendemain.

Hémoculture et séro-diagnostic T.A.B. sont à nouveau négatifs.

Autopsie. — L'ulcération est unique. La muqueuse est normale en amont et en aval. Pas d'adénopathie, ni de splénomégalie.

Examen histologique. — Les bords de l'ulcération présentent simplement des signes de nécrose. Au voisinage, simple réaction in-

flammatoire, tissus conjonctif œdémateux, vaisseaux dilatés, sans thrombose, aucune lésion pouvant faire penser à la tuberculose. Ulcération inflammatoire.

OBS. 80 : SURJUS (1925)

Un homme de 47 ans, poissonnier, présentant depuis un an de légers troubles gastro-intestinaux, est saisi subitement d'une douleur violente et syncopale dans le bas-ventre, entre l'ombilic et le pubis. Le lendemain, l'état général est grave. Pouls à 120. Température 38°5. Vomissements verdâtres. Ventre rétracté et dur. Pas de gaz.

Opération. — A la vingt-neuvième heure. Flot de pus à l'ouverture de l'abdomen. On amène une anse grêle adhérente dans le Douglas, présentant une perforation à bords très nets, de quatre à six millimètres de diamètre. Il s'agit de l'iléon. Suture en deux plans. Drainage. Guérison.

OBS. 81 : PESCE (1925)

Un homme de 27 ans, sans antécédents pathologiques, convalescent d'une angine, est réveillé par une violente douleur dans le bas-ventre et du côté droit. Vomissements. Une selle diarrhéique. Envie fréquente d'uriner.

A l'examen, le pouls est à 106. Il existe une contracture généralisée de la paroi abdominale et une douleur plus marquée en bas et à droite. Il n'y a pas de matité déclive. Il y a une douleur vive du Douglas au toucher rectal.

Opération. — Incision de Mac Burney, laissant écouler un liquide trouble. Les anses intestinales sont rouges et dilatées. L'appendice est rétro-cæcal, mais non malade. A soixante centimètres de l'angle iléo-cæcal, la séreuse est rouge et, sur le bord libre de l'iléon, on trouve une perforation lenticulaire qu'on suture en deux plans. Fermeture de la paroi avec drainage. Mort cinq jours après.

Le séro-diagnostic est négatif.

Autopsie. — Rien sur tout le reste de l'intestin.

OBS. 82 : PESCE (1925)

Un homme de 60 ans ressent des douleurs vives dans le quadrant inférieur gauche de l'abdomen, accompagnées de nausées. Il a été opéré autrefois de hernie bilatérale qui a récidivé du côté gauche.

Le lendemain, l'examen montre une hernie inguinale gauche douloureuse qu'on n'essaie pas de réduire. L'abdomen est météorisé.

Il est douloureux en bas et à gauche, et aussi (mais moins) en bas et à droite.

Opération. — Incision sur la hernie. Le sac contient du liquide trouble, mais pas d'anse étranglée. Cure de la hernie. Incision médiane. Rien à l'appendice. On trouve à trois mètres de l'angle iléo-cæcal une perforation grosse comme un grain de chanvre, c'est-à-dire d'environ deux millimètres dont les bords sont taillés à l'emporte-pièce.

Suture. Drainage. Mort le deuxième jour. Séro-diagnostic négatif.

Autopsie. — Rien sur tout le reste de l'intestin.

OBS. 83 : TAYLOR (1925)

Une femme de 53 ans a été prise, il y a trente-six heures, en plein travail, de douleurs sous-ombilicales, irradiant dans les deux fosses iliaques. Elle a vomi et vomit tout ce qu'elle essaye de prendre. La douleur est continue, augmentée par le moindre mouvement. Il n'y a pas de selles depuis trois jours et la miction est douloureuse.

Examen : Température 36°8. Pouls faible à 100. Respiration 28. La partie inférieure de l'abdomen ne respire pas et est très distendue. La palpation en est douloureuse, avec un point plus net à quatre centimètres au-dessous de l'ombilic. Résistance pariétale sans rigidité vraie. Douleur du Douglas au toucher rectal. 14.000 leucocytes. Il y a une petite hernie crurale gauche irréductible.

Opération. — Anesthésie chloro-éther. La hernie est aisément réduite. Incision para-rectale droite. Le pelvis est plein de liquide à odeur fécale. L'intestin est rouge avec des dépôts fibrineux. On trouve une perforation, imparfaitement bouchée par des anses et de la fibrine. Elle est ronde, de la taille d'un sixpence et siège près du bord mésentérique à la partie moyenne du grêle. La muqueuse fait hernie par l'orifice qui est entouré d'une zone congestive, mais non indurée.

Pas de lésion des vaisseaux, ni des plaques de Peyer. Fermeture avec drainage. Guérison en trente-trois jours.

La malade allait bien neuf mois après, mais avait, à ce moment, une hernie crurale bilatérale et une éventration.

OBS. 84 : ARRIGONI (1926)

Un paysan de 50 ans a été pris, il y a trois jours, d'une douleur brutale et intense dans le bas-ventre qui l'oblige à s'aliter. Les

douleurs persistent. Météorisme abdominal. Arrêt des matières et des gaz. Rétention d'urine.

A l'examen, le pouls est à 92. Il y a du tympanisme abdominal avec matité dans les flancs. Il y a contracture de la paroi et douleur généralisées, plus marquées dans le quadrant inférieur droit. Disparition de la matité hépatique.

Opération. — Une incision iliaque droite donne issue à du liquide trouble et à des gaz. Les anses sont hyperémiées avec exsudat fibrineux. On trouve une perforation de l'intestin grêle, à bords taillés à pic, d'un demi-centimètre de diamètre. Suture. Drainage. Mort sept jours après.

Autopsie. — La perforation siège sur le bord libre à cinquante centimètres de la valvule iléo-cæcale. L'ulcération est un peu plus étendue sur la muqueuse que sur la séreuse. Ses bords sont rouge sombre, non épaissis. Le reste de l'intestion est normal, sans autre ulcération.

Examen histologique. — Œdème, congestion, mais pas de réaction inflammatoire.

OBS. 85 : BARBER (1926)

Un cuisinier de 33 ans a déjà subi deux opérations pour ulcère gastrique perforé en 1917 et 1922. On a fait une simple suture de la perforation d'ulcère du duodénum.

Opération. — On trouve un ulcère cicatrisé du pylore et, à deux travers de doigt de l'angle duodénum-jéjunal, sur la face antérieure du jéjunum, un ulcère induré d'un centimètre de diamètre qui est perforé.

On ferme la perforation et on pratique une gastro-jéjunostomie postérieure. Fermeture de la paroi avec drainage.

Le malade sort, guéri, au bout de trois semaines. On le perd de vue au bout de quatre mois.

OBS. 86 : BIGGER (1926)

Un homme de 20 ans entre à l'hôpital douze heures après une douleur violente épigastrique, irradiée à tout l'abdomen, accompagnée de nausées, mais sans vomissements.

Depuis huit jours, il souffre de céphalée occipitale, de constipation et de fatigue, mais il a pu travailler le matin même.

Auparavant, aucun antécédent digestif, ni diarrhée, ni constipation, ni mélaena. Pas de maladie vénérienne.

On fait le diagnostic d'appendicite aiguë, après l'examen qui

montre une légère distension abdominale avec rigidité de la paroi et une douleur à la palpation de la moitié inférieure de l'abdomen, plus marquée à droite. Température 37°5. Pouls 88. Respiration 20. Leucocytose 16.000. Les urines sont normales. Cœur et poumons normaux.

Opération. — Immédiate. On trouve une quantité abondante de liquide trouble, mais sans odeur. L'appendice est sain mais il y a une perforation du bord libre de l'iléon à huit centimètres environ de l'angle iléo-cæcal. Elle a deux millimètres de diamètre et est entourée d'une zone d'induration d'un centimètre de diamètre. Excision et suture de la perforation. Ablation de l'appendice. Pas de modification des plaques de Peyer.

Fermeture sur deux drains. Guérison en trente-deux jours.

Pièce : ulcère conique d'un demi-centimètre de diamètre.

Examen histologique. — Sur les bords de l'ulcère, on trouve des hémorragies et une infiltration de petites cellules rondes et de polynucléaires.

Rien ne peut faire penser à la typhoïde, à la tuberculose ou au cancer.

Cultures. — De l'ulcère, du liquide péritonéal, de lavements stériles montrent la flore intestinale habituelle. Plusieurs hémocultures et séro-diagnostic négatifs. Wassermann négatif.

OBS. 87 : BIGGER (1926)

Un noir de 43 ans entre à l'hôpital pour une violente douleur survenue trois jours auparavant dans le quadrant inférieur droit de l'abdomen. La douleur se généralise progressivement et le malade vomit plusieurs fois.

La veille de l'entrée à l'hôpital, la douleur est plus vive et accompagnée de fréquents vomissements brun foncé.

A l'examen, température 37°5. Pouls faible à 130. Respiration 26. Leucocytose 9.000. La peau est froide et moite, le faciès anxieux. Distension abdominale modérée, mais plus marquée au-dessous de l'ombilic. Douleur à la palpation avec maximum dans la partie inférieure. On sent une masse dans le canal inguinal droit. Au toucher rectal, tension douloureuse du Douglas. On ne pose pas de diagnostic.

Opération. — La masse inguinale est formée par de l'épiploon adhérent. Il y a beaucoup de pus dans la région sous-ombilicale. On trouve une perforation à l'union du tiers supérieur et du tiers moyen de l'iléon. Il n'y a qu'une légère induration autour de l'ori-

fice et l'anse ne présente que des lésions de péritonite diffuse. Ex-cision et suture de la perforation.

Lavage du péritoine au sérum. Fermeture de la paroi sur deux drains.

La pièce est formée d'un ulcère taillé à pic avec bords unis.

Examen histologique. — Montre une inflammation aiguë et chronique sans lésion spécifique ou maligne.

La culture d'un fragment d'ulcère, de liquide péritonéal et du sang donne du colibacille. Une autre hémoculture pratiquée huit jours après est négative, de même que le Wassermann et le séro-diagnostic.

Le malade meurt le quinzième jour de péritonite, après avoir présenté une infection gangréneuse de la paroi, arrêtée d'ailleurs par le sérum et l'incision.

Autopsie. — Il existe une péritonite aiguë, une néphrite aiguë, une broncho-pneumonie avec œdème. La muqueuse intestinale et les vaisseaux mésentériques sont normaux. Il n'y a pas de parasite intestinal. On trouve un noyau de prune près du siège de l'ulcère.

OBS. 88 : RAVDIN (1927)

Un homme de 22 ans vient consulter pour douleurs épigastriques, survenant deux heures après les repas, calmées par les alcalins. Il a présenté des vomissements et a maigri.

Constipation depuis six mois. Pas d'antécédent pathologique.

L'examen est négatif, en dehors d'une légère douleur dans la fosse iliaque droite. Rien à l'examen radiologique.

Première opération. — Incision de Mac Burney. Ablation de l'appendice entouré d'adhérences.

Après l'opération, il a quotidiennement des vomissements bilieux. Deux mois après, le malade revient consulter dans un état plus grave. L'examen clinique est négatif, en dehors d'une légère sensibilité au milieu de l'abdomen, mais l'examen radiologique montre une obstruction jéjunale haute.

Deuxième opération. — Incision pararectale gauche. A trente centimètres de l'angle duodéno-jéjunal, on trouve une sclérose annulaire, encerclant le jéjunum qui est dilaté au-dessus. Le mésentère adjacent contient de nombreux ganglions mésentériques. On résèque la portion atteinte, et on pratique une gastro-entérostomie postérieure au-dessous de la suture.

Le troisième jour, apparaissent des vomissements qui continuent et l'état général devient si grave qu'on réintervient à nouveau. On le vide d'une grande quantité de liquide bilieux et on s'assure de la

perméabilité de la bouche de gastro-entérostomie. Mort deux jours après.

La pièce montre, à l'ouverture, un ulcère assez irrégulier dans ses contours.

Examen histologique. — Il montre des lésions inflammatoires chroniques sur les bords de l'ulcère et dans les ganglions mésentériques.

OBS. 89 : HEINATZ (1928)

Un homme de 24 ans ressent depuis un an des douleurs dans la région ombilicale, qui surviennent de trois à quatre heures après les repas, mais aussi dans leurs intervalles. Il est pris subitement d'une douleur syncopale.

Deux jours après, l'abdomen présente une contracture généralisée avec disparition de la matité hépatique. La température est à 37°. Le pouls à 128.

Opération. — On trouve du liquide dans l'abdomen, un ulcère calleux de la face postérieure du duodénum qui a pénétré dans le pancréas, une infiltration de la petite courbure. A soixante centimètres de l'angle duodéno-jéjunal, sur le bord libre, il y a un ulcère rond, de deux centimètres de diamètre, avec, au centre, une perforation grosse comme un pois. Suture. Epiplooplastie. Drainage.

Onze jours après l'opération, s'installe une péritonite à bas bruit qui amène la mort.

Autopsie. — Elle montre un ulcère calleux du duodénum, un ulcère non perforé de la petite courbure. L'ulcus du jéjunum est bien fermé.

Examen histologique. — L'ulcère est entouré d'une zone fibreuse.

OBS. 90 : HOFHAUSER (1928)

Un homme de 53 ans présente un syndrome de péritonite généralisée qui a débuté la veille par une douleur dans la fosse iliaque droite, accompagnée de vomissements.

Son état général est grave. Le pouls à 120. La température à 38.

A l'examen, ventre de bois, douloureux dans son ensemble avec maximum au point de Mac Burney. La matité hépatique est conservée. Il y a de la matité dans les flancs. Le Douglas est tendu au toucher rectal. 27.000 leucocytes avec 85 % de polynucléaires.

Opération. — Incision iliaque droite donnant issue à un liquide verdâtre avec des débris fibrineux. Sa réaction est alcaline avec le tournesol. L'appendice est normal.

Incision médiane. Perforation lenticulaire à soixante centimètres

de l'angle iléo-cæcal, à un demi-centimètre du bord mésentérique. Les bords sont découpés à l'emporte-pièce, la muqueuse fait hernie par la perforation. La paroi est souple à l'entour. Il y a quelques ganglions mésentériques gros comme des pois.

Suture. Epiplooplastie. Drainage. Guérison.

Wassermann et séro-diagnostic négatifs. Pas de tuberculose.

OBS. 91 : HOFHAUSER (1928)

Un garçon de 11 ans est amené avec le diagnostic d'appendicite perforée. Le début date de vingt-quatre heures par des crises douloureuses dans la fosse iliaque droite et des vomissements. Il y a un ventre de bois. Le pouls est à 100. La température à 38°5.

Opération. — L'appendice est intact. Il existe une perforation à la partie inférieure de l'iléon, à bords nets. La paroi est souple. On ne sent pas d'autre ulcère.

Suture. Drainage. Guérison qui s'est maintenue depuis.

Hémoculture et séro-diagnostic négatifs.

OBS. 92 : RECCIUS (1928)

Une femme de 25 ans, opérée six mois auparavant, d'appendicite aiguë, et souffrant depuis quelques mois de douleurs vagues prenant le type de coliques, présente subitement le tableau d'une occlusion aiguë : douleurs violentes à type de coliques, vomissements, arrêt des matières et des gaz, état général très mauvais, faciès abdominal, pouls petit. Le ventre présente un ballonnement médian. On diagnostique une occlusion par adhérences.

Opération. — Il n'y a rien d'anormal dans la région iléo-cæcale bien que l'appendicite aiguë ait été drainée pendant dix jours. Sur le bord libre de l'intestin, à un centimètre au-dessus de la valvule, s'implante un diverticule long de quinze centimètres, gros comme une anse grêle.

Vingt-cinq centimètres au-dessus, le grêle est comme replié et il existe là une grosse ulcération sur les trois quarts de la circonférence de l'intestin. L'anse est dilatée au-dessus, normale au-dessous. Il y a, dans la cavité péritonéale, un léger exsudat sanguinolent et séreux.

Réséction de vingt-cinq centimètres de grêle. On ne touche pas au diverticule qui semble sain. Guérison en trois semaines.

Examen histologique. — Ulcus simple, avec bords un peu calleux.

OBS. 93 : SCHILLING (1928)

Une femme de 47 ans souffre depuis des années, de crises douloureuses intestinales, et depuis un an, d'anémie. La nuit avant son admission, elle est prise d'une douleur brutale dans l'abdomen. Pas de vomissements. Depuis ce temps, arrêt des matières et des gaz.

Au moment de son admission, la douleur est généralisée à tout l'abdomen. Pouls à 88. Température normale. Abdomen augmenté de volume. Rigidité de la paroi et douleur à la palpation, particulièrement du côté droit. Diagnostic d'ulcère perforé.

Opération. — Six heures et demie après le début des symptômes. Incision cruciale dans la fosse iliaque droite donnant issue à un peu de liquide clair contenant des flocons de fibrine. L'appendice est normal.

Incision épigastrique médiane. Liquide clair, pas de gaz. On sent, près de la rate, une petite masse, quand se déclenche une hémorragie dont on ne voit pas l'origine et qui finit par s'arrêter d'elle-même. On ne voit pas de perforation intestinale. Lavage du péritoine et fermeture. Mort deux jours après.

Autopsie. — Péritonite diffuse. On trouve une petite perforation à un mètre de l'angle duodéno-jéjunal, sur le bord libre de l'intestin. La perforation est au milieu d'un ulcère de la taille d'un pois. Elle a le diamètre d'une grosse aiguille à tricoter. La séreuse à l'entour est normale. Les bords de la perforation sont infiltrés, mais la paroi intestinale autour est normale. La rate est très petite.

Examen histologique. — Sur l'ulcère, la muqueuse est à demi nécrosée et infiltrée de cellules rondes. Infiltration lymphocytaire autour de l'ulcère et nombreux vaisseaux néoformés. Pas de thrombose, en dehors de quelques très petits vaisseaux. Pas de tuberculose ou de cancer.

La rate montre un peu de tissu splénique normal au milieu d'un tissu conjonctif scléreux.

OBS. 94 : GUTTIEREZ (1929)

Un homme de 33 ans entre à l'hôpital pour des douleurs abdominales datant de huit jours. Antécédents sans intérêt sauf, il y a onze ans, un chancre guéri en huit jours et un bubon. Pas de manifestations secondaires. Constipation légère, hémorroïdes. C'est la première fois que le malade souffre du ventre. La douleur a débuté subitement au centre de l'abdomen et a diffusé secondairement.

Le lendemain la douleur persiste sans localisation et le malade vomit. Depuis ce temps, la douleur est continue mais plus nette à droite.

A l'examen, traits tirés, nez pincé, extrémités froides. Pouls petit à 140. Température 37°4. Langue sèche et saburrale. Abdomen distendu avec maximum dans les flancs, ne respirant pas. La palpation superficielle est douloureuse avec maximum à droite. Rigidité de bois de la paroi. Tympanisme généralisé, mais la matité hépatique persiste. Espace de Traube élargi. Pas de mouvements péristaltiques. Quelques hémorroïdes procidentes, non ulcérées. Au toucher rectal, qui est douloureux, vague sensation de fluctuation en avant. Prostate normale.

Diagnostic de péritonite diffuse appendiculaire.

Opération. — Rachi-anesthésie. Incision para-rectale droite inférieure. Liquide clair à l'ouverture du péritoine. L'appendice un peu congestif est enlevé, Le cæcum et les anses grêles sont rouges.

Vésicule, duodénum, estomac normaux.

On aperçoit, en dedans, une agglutination formée par des anses grêles, de l'épiploon et la partie gauche du côlon transverse. Les anses sont rouges avec des adhérences fibrineuses aisément séparables. Il coule du liquide séro-purulent, sans odeur et des gaz.

L'état du malade ne permet pas de poursuivre l'intervention.

Fermeture avec drainage. Mort le dixième jour de péritonite.

Autopsie. — Lésions de péritonite diffuse dans la partie inférieure de l'abdomen. Le petit bassin contient deux cents centimètres cubes de séro-pus. Le transverse, le grand épiploon, quelques anses jéjunales sont conglomérés, unis par des adhérences fibrineuses lâches.

On trouve deux ulcérations siégeant à quinze et dix-huit centimètres de l'angle duodéno-jéjunal. La supérieure est elliptique de trois centimètres suivant son grand axe parallèle à celui de l'intestin. Ses bords sont nets, sans épaississement, ni induration. La superficie est nécrotique. Sur son fond, la séreuse présente une perforation d'un centimètre de diamètre. La muqueuse alentour est rouge foncé et de consistance normale.

A trois centimètres au-dessous, il y a une autre ulcération de même aspect, ronde, nette, de sept millimètres de diamètre, avec une perforation de cinq millimètres.

Toutes deux sont sur la face latérale de l'intestin.

Aucune autre lésion du grêle ou du côlon. Plaques de Peyer normales.

Le mésentère contient de nombreux petits ganglions. Les vaisseaux mésentériques sont perméables, sans modification appréciable de leur paroi.

Examen histologique. — Simple infiltration inflammatoire et névrose des bords des ulcères. Pas d'altération manifeste des ganglions du mésentère et des vaisseaux.

Diagnostic histologique d'ulcus simple.

OBS. 95 : BLACK (1929)

Un mineur de 53 ans est réveillé par une douleur épigastrique violente et vomit un peu de mucus. La douleur se localise ensuite dans la fosse iliaque droite et ne cesse pas. Il a une selle. Pas de vomissements. Pas de douleur dans l'épaule. Pas de symptômes urinaires. Aucun trouble digestif dans ses antécédents.

A l'examen, faciès altéré, température à 36°9. Pouls 68. L'abdomen est rétracté. Rigidité de la paroi et douleur généralisée. Il n'y avait pas de disparition de la matité hépatique. Diagnostic de perforation gastrique ou appendiculaire.

Opération. — Seize heures après le début. Incision pararectale droite. Péritoine pariétal congestionné. Flot de liquide vert aqueux. Appendice normal qu'on enlève. Vésicule, estomac et duodénum sains. Pas de liquide dans cette région. En soulevant le côlon transverse, on trouve une grande quantité de liquide verdâtre. A soixante centimètres de l'angle duodéno-jéjunal, sur le bord libre, on trouve une zone congestive de la taille d'un sixpence, avec une sorte de bouchon jaunâtre en son centre. En épongeant, ce bouchon tombe et le contenu intestinal verdâtre, coule à travers une perforation qui a la taille d'une tête d'allumette. Résection intestinale. Drainage. Guérison. Sortie quarante jours après.

Examen histologique. — Réaction inflammatoire aiguë de toutes les couches de la paroi.

OBS. 96 : KONIG (1929)

Une femme de 47 ans a fait, il y a trois ans, une crise de douleurs abdominales avec vomissements, qui a guéri en un mois. Même crise, il y a deux ans. Depuis sept mois, surviennent tous les deux ou trois jours de vives douleurs dans l'hypochondre gauche. Ces douleurs sont continues avec des exacerbations depuis deux mois.

A l'examen, l'abdomen est météorisé. Le lavement baryté ne montre rien qu'une anse sigmoïde longue.

Opération. — A treize centimètres de la valvule de Bauhin existe une sténose cicatricielle, avec dilatation et épaissement de l'iléon sus-jacent. Le sommet de l'anse sigmoïde est relié par un pédicule, large d'un demi-centimètre au bord libre de la sténose. En le libérant, on voit une fistule sigmoïdo-iléale d'un millimètre. Enfouis-

sement de la perforation sigmoïdienne. Résection iléo-cæcale. Anastomose iléo-transverse termino-latérale.

Examen histologique. — Processus ulcéreux chronique et inflammatoire, atteignant la séreuse.

OBS. 97 : JANCKE (1929)

Un homme de 71 ans souffre depuis sa vingt-quatrième année de troubles gastriques et intestinaux, survenant par crises, de constipation alternant avec de la diarrhée. Depuis trois jours, il accuse des douleurs abdominales, mal localisées, à type de tiraillements, puis une douleur violente dans la région ombilicale avec collapsus. Il présente des signes de péritonite par perforation.

Opération. — On trouve un ulcère perforé, à trois centimètres au-dessus de la valvule de Bauhin. Suture. Mort le lendemain.

Autopsie. — Rien de gastrique, ni d'intestinal, en dehors de l'ulcère perforé. Dans le voisinage immédiat de cet ulcère, une lésion grosse comme une lentille, à bords nets, qui a pu être créée par l'opérateur.

Aucun signe de fièvre typhoïde, de tuberculose, ni de syphilis.

OBS. 98 : CORNIOLEY (1930)

Un paysan de 45 ans, assez buveur, et qui aurait eu peut-être la syphilis à 22 ans, a parfois des douleurs et des vomissements, des éructations et du ballonnement abdominal. Ces troubles remonteraient à cinq ans environ.

Après un excès de boisson, il ressent une douleur en coup de poignard dans le bas-ventre, irradiant dans la fosse iliaque droite.

Quand on voit le malade, le lendemain, la température est à 38°5, le pouls à 100. Il y a de la contracture dans la partie inférieure et droite de l'abdomen, submatité des deux flancs et disparition de la matité hépatique.

Opération. — L'abdomen contient un demi-litre de liquide. L'iléon, sur vingt centimètres, près de sa terminaison, présente un piqueté hémorragique et quelques fausses membranes. Une zone ecchymotique, de la taille d'une pièce de cinquante centimes, avec une perforation à bords noirâtres.

Rien au mésentère, dont les artères battent. Pas de corps étrangers. Enfouissement de la perforation. Fermeture avec drainage. Guérison.

OBS. 99 : CORNIOLEY (1930)

Une femme de 49 ans a parfois, depuis quatorze ans, des indi-

gestions et des crampes d'estomac. Elle est habituellement constipée.

Depuis cinq jours, elle présente des douleurs abdominales peu précises, et soudain, dans la nuit, elle ressent une douleur violente, en coup de poignard, suivie de vomissements.

Le matin, la température est à 37°8. Pouls à 104. L'abdomen est ballonné, avec résistance de la paroi, dans la fosse iliaque droite et l'épigastre.

Opération. — Sur quarante centimètres, l'iléon présente un piqueté hémorragique sous-séreux, avec de petites zones ecchymotiques brunâtres. Une des taches montre une perforation punctiforme. Deux centimètres plus bas, il y a une autre perforation avec un bouchon muqueux. Le mésentère est normal. Suture en bourse. Fermeture de la paroi avec drainage. Mort le onzième jour de péritonite.

Pas d'autopsie.

OBS. 100 : CORNIOLEY (1930)

Un homme de 39 ans présente, il y a deux ans, après une grippe, des douleurs vagues, bientôt localisées au niveau et à gauche de l'ombilic. La radiographie ne montre pas de signe de sténose. La recherche des hémorragies occultes dans les selles est positive. Le Wasserman est négatif. Le malade aurait été traité comme amibien (?).

Subitement, il ressent une douleur abdominale violente et, quand on le voit, deux heures après, son facies est péritonéal. Température à 38°7. Pouls à 108. L'abdomen est ballonné, contracté dans sa moitié gauche. Il y a de la submatité dans les flancs. Le malade a eu trois vomissements et une selle liquide. On pense à une diverticulite.

Opération. — A un mètre de l'angle iléo-cæcal, une anse grêle, qui est un peu injectée sur vingt-cinq centimètres de longueur, présente sur son bord libre, au centre d'une tache rouge foncé, de la surface d'une pièce de deux francs (suisse), une perforation du volume d'un pois. Le mésentère est normal. Suture. Fermeture de la paroi avec drainage. Guérison.

OBS. 101 : PENWERTH (1930)

Un homme de 60 ans présente des douleurs brusques et violentes dans le ventre, des vomissements. Il y a depuis, arrêt des gaz et rétention d'urine.

Opération. — L'incision donne issue à un flot de pus. A un mètre

cinquante de la valvule de Baunhin, deux anses grêles sont accolées et, au-dessus, on voit l'intestin distendu.

Quand on libère cette adhérence, on voit un ulcère perforé, de la taille d'une pièce de deux centimes, et dont les bords sont taillés à pic. Suture. Guérison.

OBS. 102 : PENWERTH (1930)

Une femme de 40 ans souffre, depuis trois semaines, de douleurs diffuses, et depuis trois jours, il y a un arrêt des matières et des gaz.

Opération. — Une anse est adhérente au péritoine pariétal. Elle siège à soixante-dix centimètres de la fin du grêle. On la libère et on voit une perforation grosse comme une tête d'épingle.

Résection et suture. Guérison.

OBS. 103 : PENWERTH (1930)

Un homme de 55 ans est amené avec le diagnostic de hernie étranglée.

Opération. — L'incision sur la hernie ne montre pas d'étranglement.

Laparotomie. Il s'écoule un flot de pus. On trouve une perforation du grêle qu'on suture. Mort.

Autopsie. — Trois autres perforations sur une anse de quarante centimètres.

OBS. 104 : PICKHARDT (1930)

Une femme de 60 ans souffre, depuis trois semaines, de douleurs abdominales généralisées, accompagnées de vomissements. La veille de son admission, est survenue une crise plus violente que les autres, et depuis ce temps, elle n'a pas arrêté de vomir. Pendant le même temps, elle a eu plusieurs selles.

A l'examen, elle paraît en bon état général. L'abdomen est légèrement distendu, mais il n'y a pas de rigidité pariétale ou de point douloureux défini. Le ventre est plus sonore dans sa partie supérieure que dans sa partie inférieure. Pas de péristaltisme. Hernie crurale droite datant de plusieurs années, irréductible, mais non étranglée. Le reste de l'examen est négatif. Température, pouls et respiration normaux. Tension artérielle 17-9.

La radiographie semble montrer une torsion du sigmoïde.

Opération. — Après deux semaines d'observation. Rien d'anormal dans le gros intestin. Quelques adhérences épiploïques. Le grêle est distendu jusqu'à trente centimètres de l'angle duodéno-jéjunal,

où se trouve une sténose circulaire de consistance ferme, de trois ou quatre centimètres de long. La séreuse est un peu rouge, injectée, mais on ne voit pas d'ulcération de ce côté. Résection de onze centimètres et guérison.

A l'ouverture de la pièce, on voit l'ulcération, à fond granuleux, au niveau de la sténose.

Examen histologique. — L'ulcération ne dépasse pas la muqueuse. Le fond de l'ulcère est formé de tissu de granulation, entouré de leucocytes de divers types. La sous-muqueuse est très épaissie par du tissu fibreux et de l'œdème, irrégulièrement infiltrée de petites cellules rondes.

La musculaire et la séreuse montrent de la sclérose et une infiltration cellulaire moindre, mais pas de lésion vasculaire.

OBS. 105 : SAMBUC (1931)

Une femme indochinoise de 20 ans est soignée depuis plus d'un an pour des douleurs dans la fosse iliaque droite. Elle a parfois de la diarrhée, plus souvent de la constipation. On a trouvé des parasites dans les selles.

Soudain survient une crise aiguë. Il y a des douleurs dans la fosse iliaque droite et de l'empâtement. Température 37°8. Pouls 120.

Opération. — Un peu de liquide louche. Rien à l'appendice. Sur la fin de l'iléon, il y a une zone ulcérée de la taille d'une pièce de dix centimes, perforée en son centre. Suture. Fermeture sans drainage. Guérison.

Pas de tuberculose à l'examen général.

OBS. 106 : MORRIN (1931)

Un homme âgé de 65 ans souffre depuis six mois de constipation et de douleurs dans la fosse iliaque gauche qui ne font qu'augmenter.

On l'examine vingt-quatre heures après le début d'une crise aiguë. Il présente les signes d'une péritonite aiguë généralisée; facies hippocratique, abdomen distendu, absence de matité hépatique et douleur plus marquée dans le flanc gauche.

Opération. — Il s'écoule une grande quantité de liquide brun jaunâtre. Les intestins sont rouges et injectés, mais l'appendice, le duodénum et l'estomac sont normaux. On trouve une perforation du jéjunum, de la taille d'un pois, sur le bord libre d'une anse qui siège dans la fosse iliaque gauche, à peu près à quarante-cinq centimètres de l'angle duodéno-jéjunal. Cette perforation en cratère est

entourée de tissu induré. La muqueuse fait saillie par l'ouverture. Le contenu intestinal s'écoule. Suture de l'ulcère. Drainage. Mort huit heures après.

OBS. 107 : MORRIN (1931)

Une femme de 39 ans est admise pour un syndrome abdominal aigu. Elle se plaint d'une grande douleur dans le ventre, localisée surtout à la région hypogastrique et au flanc gauche. Le bas-ventre est distendu, d'une sensibilité diffuse, mais il n'y a pas de contraction intense. Pas de disparition de la matité hépatique. Le toucher rectal éveille une vive douleur du cul-de-sac de Douglas. On fait le diagnostic de péritonite diffuse.

Opération. — Incision médiane basse. On trouve un appendice normal, un peu de liquide péritonéal trouble. Le péritoine du cul-de-sac pelvien gauche est un peu enflammé. Rien à l'estomac, ni au duodénum. Un rapide examen du grêle montre quelques fausses membranes, mais pas de lésions évidentes et on ferme l'abdomen en laissant un drainage pelvien. Mort six heures après.

Autopsie. — Perforation en pointe d'épingle, sur le bord libre du jéjunum, à soixante centimètres de l'angle duodéno-jéjunal.

OBS. 108 : MORRIN (1931)

Une femme de 47 ans entre à l'hôpital pour une douleur abdominale aiguë, durant depuis deux jours, qui a commencé soudainement autour de l'ombilic, et a été accompagnée de plusieurs vomissements bilieux. Depuis deux mois, elle avait parfois un peu de pyrosis, un point douloureux dans le côté gauche et souffrait de constipation. Deux mois avant son admission, elle avait été traitée pour une pneumonie suivie de rhumatisme.

A l'examen, le bas-ventre est distendu et douloureux dans son ensemble, mais la douleur est plus marquée dans la fosse iliaque gauche. Les muscles sont contractés, mais ne donnent pas la sensation de ventre de bois habituelle. Il y a une vive douleur au toucher rectal. Pas de disparition de la matité hépatique. Température presque normale. Pouls faible à 140.

Opération. — Incision iliaque droite, montrant du liquide verdâtre abondant, et un appendice normal.

Incision abdominale haute. L'estomac et le duodénum sont normaux. La première anse jéjunale est distendue et sa surface est couverte de plaques de lymphé verdâtre. Elle donne la sensation d'être comme bourrée de laine et le péristaltisme y est absent. Les vaisseaux battent normalement. La séreuse, époncée, apparaît nor-

male. On cherche une perforation, et on la trouve sur le bord libre d'une anse grêle. Elle a la taille d'une perforation duodénale habituelle. Son siège doit être la fin du jéjunum, car, à ce niveau, il y a deux groupes d'arcades artérielles (qui battent normalement). Fermeture de la perforation avec entérostomie sus-jacente. Fermeture de l'abdomen avec drainage.

Guérison, mais les rhumatismes persistent longtemps.

OBS. 109 : ZENO, SANTANELLI et ERCOLE (1931)

Une femme de 21 ans, sans antécédent digestif, est hospitalisée dans un service de médecine pour des douleurs diffuses dans l'abdomen avec diarrhée fétide. Lamblias dans les selles, mais pas de sang, ni de pus. Pas de température. Il y a plusieurs jours, elle a ressenti une douleur intense à l'épigastre et à l'hypochondre droit, calmée par morphine et chaleur.

Subitement, à cinq heures du matin, elle ressent une douleur ombilicale, violente, et a des vomissements bilieux.

Quand on la voit, à huit heures du matin, la malade est pâle et un peu cyanosée, le pouls est à 160. La température à 37° et il y a des signes de péritonite diffuse, sans disparition de la matité hépatique. Le toucher vaginal est très douloureux. On diagnostique une rupture de grossesse tubaire.

Opération. — Liquide séro-purulent avec des grumeaux jaunâtres dans le péritoine. A quatre-vingt centimètres de l'angle duodéno-jéjunal, il existe un rétrécissement annulaire portant sur son bord libre un ulcère lenticulaire perforé, et l'ensemble forme, avec l'intestin, une tumeur mal définie, de consistance plutôt pâteuse. Résection. Anastomose termino-terminale. Mort le quatrième jour.

L'examen de la pièce montre une sténose circulaire qui réduit de moitié la lumière intestinale. Sur son bord libre, de la sténose, il y a une perforation de huit millimètres. A l'entour, la séreuse est congestionnée avec des fausses membranes.

Examen histologique. — Processus inflammatoire des bords nécrobiosés de l'ulcère. L'inflammation est beaucoup plus intense et étendue sur la séreuse qui est considérablement épaissie.

OBS. 110 : DEL VALLE (1931)

Un homme souffrant depuis trois ou quatre mois de diarrhée, alternant avec de la constipation, est envoyé à l'hôpital pour occlusion, et la radioscopie montre des anses distendues.

Opération. — L'intestin grêle est distendu sur un mètre ou un peu plus, jusqu'à une région sténosée qui est à deux mètres de la

valvule de Bauhin. Résection. Anastomose termino-terminale. Guérison.

La pièce comporte deux sténoses, distantes de vingt-quatre centimètres. Sur la sténose distale, se trouve une grande ulcération chronique ressemblant à un ulcère de l'estomac, et au niveau de l'autre, sept petits ulcères du même aspect qu'une gastrite ulcéreuse.

Examen histologique. — En certains points, on a une image qui rappelle la muqueuse de l'antra pylorique.

OBS. 111 : LAMAS et DEL CAMPO (1931)

Un homme de 25 ans avait eu plusieurs crises, qualifiées appendiculaires, et un examen radiologique avait semblé confirmer ce diagnostic. La dernière date d'il y a un an.

Il ressent subitement une douleur brutale dans la région ombilicale et la fosse iliaque droite, se généralisant à tout l'abdomen. Il vomit.

A l'examen (dix-septième heure). Pouls 120. Respiration 20. Le ventre est immobile, et il y a une défense musculaire généralisée, avec maximum à droite. Le Douglas est douloureux au toucher. On trouve une hernie inguinale droite, oblique externe, non étranglée. 14.250 globules blancs.

Un examen radiologique montre une dilatation du cæcum et du colon. Diagnostic, appendicite aiguë.

Opération. — Incision de Mac Burney, donnant issue à une petite quantité de pus, bien lié, jaune verdâtre. On enlève l'appendice qui paraît sain.

Incision médiane sous-ombilicale. On trouve à trente centimètres de l'angle iléo-cæcal, à deux centimètres du bord mésentérique, une perforation grosse comme une tête d'épingle, entourée sur la séreuse d'une zone congestive. La paroi intestinale est souple et non épaissie. A quatre centimètres au dessous, il y a un anneau d'aspect cicatriciel, ne compromettant pas le transit intestinal. A ce niveau, il y a au-dessous de la séreuse comme un bourgeon de la taille d'une lentille, bien recouvert d'épithélium. Au-dessus, l'intestin est à peine élargi. Au dessous, son diamètre est normal.

Suture. Fermeture avec drainage.

Suites normales. Le neuvième jour, on opère la hernie qui contient cinquante grammes de pus et de l'épiploon.

Le malade est revu au bout d'un mois en bonne santé.

OBS. 112 : LAMAS et DEL CAMPO (1931)

Un homme de 40 ans se plaint de douleurs post-prandiales calmées par les vomissements ou l'ingestion d'aliments. Les crises douloureuses durent deux ou trois mois, avec intervalles de bonne santé.

Il se réveille une nuit avec une vive envie d'uriner et ressent soudain une vive douleur épigastrique, accompagnée d'un état lypothimique. Depuis, les douleurs persistent et il vomit.

A l'examen, température 36°8. Pouls petit à 100. Facies anxieux. Le ventre est immobile, présentant une contracture généralisée et une douleur à la palpation avec maximum à l'épigastre. La matité hépatique a presque entièrement disparu.

Opération. — Laparotomie médiane sus-ombilicale, donnant issue à un liquide séreux, d'odeur fécaloïde. Rien à l'estomac. On fait une incision de Mac Burney qui ne permet pas de voir l'appendice. On revient à la médiane qui montre un appendice normal, mais à quatre-vingt centimètres de la fin de l'iléon, il existe une zone fibreuse, rétrécie, siège d'une vieille ulcération chronique qui est perforée. Adhérences épiploïques dans cette zone. On extériorise l'anse par une contre-incision. Nouvelle incision sus-pubienne pour drainage. Mort le onzième jour.

Autopsie. — Péritonite généralisée. Pas de renseignement sur la pièce anatomique.

OBS. 113 : LIND (1931).

Un homme de 52 ans présente depuis huit mois des douleurs abdominales, sans rapport avec les repas. Depuis quatre mois, il a eu plusieurs crises diarrhéiques, durant quelques jours. Pas de sang ni de mucus dans les selles. Bon appétit. Pas de vomissement. Il a maigri cependant de dix-huit kilos en huit mois. Aucun antécédent vénérien.

La veille, le malade a été pris de douleurs abdominales violentes, qui ne l'empêchent cependant pas de terminer son travail. Sa température est normale. Un médecin diagnostique une appendicite. Pendant la nuit, le malade souffre du ventre et présente quelques vomissements foncés et sans odeur. Il entre à l'hôpital le matin.

A l'examen, pouls 110. Température 38. Respiration 20. Le ventre est légèrement distendu. Sa paroi est rigide. La douleur à la palpation semble un peu plus marquée juste au-dessous et à gauche de l'ombilic. Matité hépatique normale. Pas de tension du Douglas au toucher rectal. 9.500 leucocytes. Ni sucre, ni albumine, ni acétone dans les urines.

Diagnostic incertain. Obstruction intestinale, peut être secondaire à un cancer, avec péritonite.

Opération. — Incision para-rectale droite laissant couler une grande quantité de liquide trouble et sans odeur. Intestin rouge, mais non distendu. Appendice, estomac et duodénum normaux. L'état du malade ne permet pas d'autre exploration. Fermeture avec drainage. Mort huit heures après.

Autopsie. — Lésions de péritonite diffuse. A quarante-cinq centimètres de la valvule iléo-cæcale, on trouve une perforation de huit millimètres de diamètre, située à mi-chemin entre le bord mésentérique et le bord libre de l'iléon. Elle est taillée à l'emporte-pièce et est entourée d'une zone indurée d'un centimètre. A vingt-cinq centimètres au-dessus, il y a une petite zone congestive sur la séreuse, d'un diamètre de deux millimètres. La muqueuse, à cet endroit, est légèrement ulcérée. Les ganglions mésentériques de la région sont gros comme des noisettes.

Examen histologique. — La paroi intestinale est infiltrée de leucocytes. Quelques zones hémorragiques. Rien à l'examen des ganglions.

Les cultures, faites à l'opération, montrent des cocci et des colibacilles.

OBS. 114 : MOIROUD (1932)

Un Algérien de 35 ans ressent une douleur violente au cours d'un effort. Quand on l'examine, cinq heures après, on trouve une hernie inguinale droite, irréductible et une contracture généralisée de la paroi. Le malade vomit. La température est à 38°, le pouls à 100.

Opération. — Le sac ouvert ne contient que du liquide bilieux.

On fait une laparotomie, et sur le bord libre d'une anse grêle, on trouve une perforation grosse comme une tête d'épingle noire. Les bords sont rouges, mais non indurés. Il n'y a pas de ganglions mésentériques. Enfouissement de la perforation. Fermeture de la paroi avec drainage. Mort le quatrième jour.

Séro-diagnostic négatif.

Autopsie. — La perforation siège à soixante centimètres du cæcum. Il n'y a pas d'autre ulcération. Rien au mésentère.

Examen histologique. — On trouve dans la sous-muqueuse une zone médiane nécrotique, entourée d'une plage formée d'un exsudat hémorragique et fibrino-leucocytaire, s'étendant jusqu'à la muscularis mucosæ. Infiltration inflammatoire du chorion. Pas de lésion de thrombose. Ni syphilis, ni tuberculose, ni cancer, ni lésion de typhoïde.

OBS. 115 : OULIÉ (1932)

Un homme de 32 ans est pris subitement de douleurs brutales dans le ventre, avec vomissements et arrêt des matières et des gaz. Quand on le voit, vingt-quatre heures après, la température est à 39°, le pouls à 120. Il y a une contracture généralisée de la paroi, du météorisme. Maximum de douleur dans la fosse iliaque droite. On diagnostique une péritonite appendiculaire.

Opération. — Incision de Jalaguier. Pus fécaloïde. L'appendice sain est enlevé. A quarante centimètres de l'angle iléo-cæcal, il y a une perforation de la taille d'une grosse tête d'épingle, taillée à l'emporte-pièce, au centre d'une zone indurée, blanchâtre, grande comme une pièce de cinquante centimes. L'intestin est fortement dilaté en amont. Il présente, sur quinze centimètres, les dimensions du côlon. Résection de vingt centimètres. Drainage. Mort vingt-quatre heures après.

Examen histologique. — La paroi du trajet de la perforation présente une couche superficielle nécrosée, au-dessous de laquelle on retrouve les lésions ordinaires de l'inflammation de type commun.

OBS. 116 : BABINGTON (1932)

Le 9 octobre 1930, je fus appelé auprès d'un homme de 50 ans, souffrant d'une violente douleur à type de colique, siégeant dans le quadrant supérieur droit de l'abdomen, irradiant vers l'épaule droite, accompagnée d'ictère, mais non de fièvre. Le malade fait depuis dix ans une crise semblable chaque année, accompagnée d'acidité gastrique, de vomissements bilieux, de jaunisse passagère.

En outre, depuis quinze ans, il a présenté de nombreuses crises de douleurs abdominales généralisées, avec constipation et vomissements. Quatre crises de cette sorte ont été suffisantes pour le faire entrer à l'hôpital. A chaque fois, la radio a été négative et on a proposé une laparotomie exploratrice qu'il a refusée. Quand il se retourne, il a la sensation d'un viscère qui se déplace.

L'examen montre une sensibilité de la région vésiculaire et vers la dixième côte. Rien d'anormal dans le sang et l'urine. Wassermann négatif. Deux analyses de selles montrent des giardias. La radio montre une vésicule contractée, avec probablement l'ombre d'un calcul.

Le 21 octobre, opération. On enlève une vésicule très épaisse, mais sans calcul. L'exploration du foie, de la rate, de l'estomac et des reins est négative. Une anse iléale présente un rétrécissement

fibreux, avec dilatation sus-jacente, d'un diamètre double de celui du côlon transverse. Pas d'adhérence, ni d'adénopathie.

Opération. — Le 9 décembre. Résection de la dilatation et du rétrécissement sur une longueur de trente centimètres. Suture latéro-latérale. La pièce montre plusieurs ulcères taillés à pic, à bords déchiquetés, sans grande induration, d'un centimètre de diamètre, et de trois millimètres de profondeur. Guérison.

Examen histologique. — Inflammation aiguë de la paroi. Pas de signe de malignité.

OBS. 117 : EBELING (1933)

Un nègre de 36 ans souffre depuis 1925 de troubles digestifs. Ce sont des crises douloureuses, épigastriques, durant de six à huit semaines, calmée par les vomissements, et séparés par des intervalles de bonne santé apparente.

En 1927, il a eu pendant cinq jours du melaena. Dans ses antécédents, pas de fièvre typhoïde, ni de dysenterie. Il a eu la malaria à l'âge de huit ans. On l'a traité pour syphilis pendant deux ans, en 1922 et 1923, parce que la réaction de Wassermann s'était montrée une seule fois positive après un bubon suppuré de l'aîne gauche qu'une incision avait rapidement guéri. Il n'y avait pas eu de chancre.

Actuellement, le malade situe sa douleur dans le creux épigastrique. Elle est lancinante, survient à peu près une heure après les repas, et est calmée parfois par des aliments ou des alcalins.

A l'examen, température 36°9. Pouls 80. Douleur modérée à la palpation du quadrant supérieur gauche de l'abdomen et de l'épigastre. Rien par ailleurs.

Le Wassermann est négatif. La recherche du sang est positive dans les selles et dans le liquide gastrique.

Après repas d'épreuve, pas d'ascite libre.

L'examen radiologique montre une stase jéjunale et duodénale, avec une obstruction de la première portion du jéjunum due à un ulcère ou à des adhérences. Rien au reste de l'intestin grêle.

On fait le diagnostic d'ulcère du jéjunum.

Opération. — Incision médiane sus-ombilicale. L'estomac, le duodénum et la vésicule sont normaux. A quinze centimètres de l'angle duodéno-jéjunal, se trouve une sténose, légèrement indurée, obstruant partiellement la lumière intestinale. L'intestin est distendu et hypertrophié au-dessus.

Résection d'environ dix centimètres. Guérison sans incidents en dix-sept jours.

La pièce montre une ulcération annulaire, peu profonde. Son fond est recouvert de quelques petits caillots.

Examen histologique. — L'ulcération atteint la muscularis mucosæ. Il y a une légère infiltration à cellules rondes et un peu de sclérose. Pas de tuberculose visible. Pas de spirochète par la méthode de Levaditi.

Cinq mois après l'opération, le malade va beaucoup mieux et ne ressent plus qu'une légère gêne post-prandiale, calmée immédiatement par des alcalins.

La radioscopie montre quelques anses un peu élargies dans le quadrant supérieur gauche, sans obstruction. Hypomotilité.

OBS. 118 : PUHL (1933)

Une femme de 38 ans a subi, en 1917, une gastro-entérostomie pour ulcère de l'estomac avec exclusion du pylore, sans qu'on ait trouvé d'ulcère à l'intervention. Elle a été opérée pour adhérences en 1919 et 1920. Elle a présenté de la douleur, de la diarrhée, des vomissements, des hémorragies occultes. On constate en 1932, une douleur à la palpation de l'hypocondre gauche, mais l'examen radiologique est négatif. Elle revient trois mois après, pour de la diarrhée et du météorisme. Puis une occlusion s'installe.

Opération. — Dilatation du grêle jusqu'en son milieu où se trouve un boudin d'invagination, avec une tumeur polypeuse dans l'intestin. Désinvagination. Résection de vingt-cinq centimètres.

A l'ouverture de la pièce, on trouve sur son bord libre, un polype, gros comme une châtaigne, implanté par un pédicule d'un centimètre de large et d'un centimètre de long. La tumeur est, en partie, dépouillée de sa muqueuse. En amont, se trouve un ulcus elliptique de quatre centimètres et demi sur deux centimètres et demi, dont les bords sont par place, épais de trois millimètres. Son fond est lisse. L'ulcération se poursuit sur le pédicule et le polype. Elle est environnée d'une muqueuse ressemblant à de la muqueuse pylorique. On trouve sur son bord proximal, une élévation grosse comme un mamelon.

Au même endroit, s'ouvrent les conduits de quelques glandes de Brunner qui sont voisines du petit pancréas. Entre l'îlot de muqueuse gastrique qui se trouve sur le mamelon et le bord de l'ulcère, la muqueuse a le type intestinal et est infiltrée par des cellules rondes. La surface de l'ulcère est couverte de fibrine, de leucocytes, de tissu de granulation.

Le polype est formé de tissus musculaire et conjonctif.

En aval de lui, la muqueuse intestinale est infiltrée et hyperplasique.

OBS. 119 : ZAFFAGNINI (1933)

Une femme de 61 ans a, depuis huit jours, de la fièvre et de la diarrhée. Elle a depuis longtemps une maladie de cœur.

Subitement, elle présente une douleur aiguë dans le bas-ventre, accompagnée de vomissements, et suivie d'un arrêt complet des matières et des gaz. La température est à 38°.

L'examen montre que le bas-ventre est douloureux, surtout à droite.

Opération. — A la quarantième heure. L'incision livre passage à des gaz et à du pus fécaloïde. L'appendice est normal. A cinquante centimètres de l'angle iléo-cæcal, on trouve une perforation d'une centimètre de diamètre, taillée à l'emporte-pièce sur le bord libre de l'intestin. L'intestin ne présente que des lésions de péritonite. On suture la perforation. On enlève l'appendice et on draine.

Mort. Le séro-diagnostic est négatif.

OBS. 120 : ZAFFAGNINI (1933)

Un homme de 23 ans, sans aucun antécédent, présente une douleur épigastrique, diffusant à tout l'abdomen.

A l'examen, trois jours après le début des accidents, le ventre est météorisé et douloureux, surtout dans sa moitié inférieure. Le pouls est à 140.

Opération. — Liquide trouble et fétide, mêlé de matières fécales. On trouve une ulcération à l'emporte-pièce sur le bord libre du jéjunum. Suture. Drainage. Mort le onzième jour.

OBS. 121 : CAZZAMALI (1933)

Un homme de 42 ans entre le 26 mars 1925, avec le diagnostic d'abcès sous-phrénique par ulcère perforé.

Antécédent sans intérêt, sauf un ulcère vénérien à 28 ans. Il souffre depuis des années de l'estomac : digestion lente, langue saburrale, légère douleur post-prandiale, renvois amers. Constipation habituelle.

En 1919, après une période de douleurs gastriques très intenses, il ressent un matin une douleur abdominale très violente, siégeant à trois doigts au-dessous et à gauche de l'ombilic, irradiant en haut vers l'épigastre et l'hypochondre droit. Pas de vomissements. Température à 38°. Guérison en quatre jours. Il persiste depuis ce

temps des douleurs par crises, avec des intervalles de santé, des alternatives de constipation et de diarrhée.

Récemment, le malade a fait une nouvelle crise douloureuse, exactement semblable à la première, mais accompagnée de vomissements. Il est admis dans un service de médecine, où on constate une température oscillante, une polynucléose à 32.000 globules blancs, et les symptômes cliniques d'un abcès sous-phrénique gauche. Le malade souffre dans la région inférieure gauche de l'abdomen et dans la région lombaire gauche. Il présente de la diarrhée. Le Wassermann est négatif et la recherche du sang dans les selles est positive.

Opération. — Résection de la dixième côte. Incision de la plèvre qui est libre. Suture du feuillet viscéral au feuillet pariétal. Incision de la collection suppurée sous-diaphragmatique et drainage. Mort le quatorzième jours avec pleurésie purulente, gangrène pulmonaire et fistule stercorale du côlon.

Autopsie. — L'opération a drainé une collection purulente enkystée. La fistule provient d'une perforation irrégulière du côlon gauche. Il existe une collection purulente enkystée du petit bassin, due à un ulcère situé à cinquante centimètres de la valvule de Bauhin. Ulcère siégeant sur le bord libre, du diamètre d'une pièce d'un centime, à bords nets, sans aspect inflammatoire, de forme ronde. Il forme un cratère à sommet externe perforé en son centre. La muqueuse digestive est normale par ailleurs.

L'auteur pense à une perforation d'ulcère de l'iléon, avec péritonite sous-phrénique métastatique.

OBS. 122 : CAZZAMALI (1933)

Un paysan de 23 ans est pris subitement, en pleine santé, le 10 avril 1931, d'une douleur sous-ombilicale très aiguë, en coup de poignard, diffusant à tout l'abdomen.

Il se couche et présente, au bout de quelques jours, du météorisme abdominal.

Il entre dans un service de médecine, le 19 avril, et on constate de la constipation, un léger météorisme, un peu de fièvre. L'abdomen est souple. Au bout de deux jours l'état s'aggrave. Douleur péri-ombilicale. Mictions pénibles. Vomissements bilieux. Péristaltisme. Le météorisme augmenté.

Le malade entre le 23 avril en chirurgie, dans un état très grave et présentant des vomissements fécaloïdes.

Opération. — Immédiate. Incision médiane sous-ombilicale. Les anses grêles sont dilatées et on pratique une entérostomie. On a

trouvé une perforation du bord libre de l'iléon, à trente centimètres de l'angle iléo-cæcal. Les bords sont indurés. Sa taille est celle d'un sou (nouveau modèle). Il existe autour de l'orifice un exsudat fibrineux avec un peu de pus crémeux. Suture après excision d'un fragment. Drainage. Mort le dixième jour de péritonite diffuse vérifiée à l'autopsie.

Wassermann, séro-diagnostic T. A. B. et cuti négatifs.

Examen histologique. — Sur les bords de l'ulcération, la muqueuse est d'aspect normal et taillée à l'emporte-pièce.

Toute l'épaisseur des tissus, sur le bord de la perforation, est remplacée par une zone de tissu nécrotique, formée d'une substance granuleuse amorphe, colorée uniformément par l'éosine. Infiltration leucocytaire légère avec nombreux macrophages dans la musculuse et la sous-muqueuse. Congestion capillaire. A peu de distance, les tissus sont normaux.

OBS. 123 : ADAMEK (1934)

Une femme de 61 ans présente les signes d'une péritonite aiguë.

Opération. — Il y a dans l'abdomen une sérosité abondante et sans odeur. Sur cinquante centimètres, une anse jéjunale est enflammée. Les limites de l'inflammation sont nettes. Il y a quelques taches sous-séreuses ecchymotiques, de la taille d'une pièce d'un schilling. Fermeture de la paroi et mort.

Autopsie. — On trouve un ulcère dans la portion inférieure du jéjunum, avec une perforation débutante.

Examen histologique. — Dans le voisinage de l'ulcère, il y a une infiltration cellulaire importante, à type phlegmoneux et thrombose de nombreux vaisseaux.

OBS. 124 : EFET (1934)

Un homme de 75 ans, ouvrier maçon, entre à l'hôpital dans un état grave, le 16 septembre 1930. On relève dans ses antécédents quelques douleurs gastriques post-prandiales. Il avait été pris la veille, alors qu'il était à jeun d'une douleur dans la région supérieure de l'abdomen.

A l'examen, malade sous-alimenté, présentant une myocardite et de l'emphysème. Il est agité et anxieux. Vomissements. L'abdomen est ballonné, tendu, très douloureux. Le pouls à 110, arythmique et faible. La température à 37°.

Opération. — A la trente-sixième heure, avec le diagnostic de péritonite par perforation gastrique. Incision médiane sus-ombilicale. Le ventre contient du liquide séro-purulent et sanguinolent

avec quelques fausses membranes. L'estomac, le duodénum et la vésicule sont normaux.

Incision de Mac Burney. L'appendice est sain. On dévide une partie du grêle sans rien trouver et on s'arrête vu l'état grave du sujet. Fermeture avec drainage. Mort le lendemain.

Autopsie. — Péritonite fécale diffuse. A un mètre cinquante de l'angle iléo-cæcal, on trouve une perforation arrondie, de la taille d'un plomb de chasse de dimension moyenne. Le tissu voisin est enflammé autour de la perforation. Le reste de l'intestin, le cœur, les reins, le foie sont normaux. Rate un peu augmentée de volume. Plaque athéromateuse sur la paroi interne de l'aorte.

Examen histologique. — Il y a, sur le bord de l'ulcère, une plaque de Peyer sans hyperplasie du tissu réticulo- endothélial. Les parois de l'ulcère sont infiltrées de sang, et sont, en certains points, nécrosées. Sclérose des vaisseaux. Amincissement de la paroi intestinale au-delà des limites de l'ulcère.

OBS. 125 : EFET (1934)

Un ouvrier de 54 ans est pris, un matin, au cours de son travail, d'une douleur violente débutant près de l'ombilic, diffusant à tout l'abdomen et irradiant dans le dos, accompagnée d'un état nauséux.

A l'examen, le pouls est à 90. Température 37°3. Abdomen très douloureux. Les autres organes sont normaux. Aucun antécédent, sauf le typhus exanthématique, il y a neuf ans.

Opération. — A la quatrième heure, avec le diagnostic de perforation d'ulcère gastrique. Incision médiane sus-ombilicale qui ne montre rien. Incision de Mac Burney. Il coule un exsudat séro-purulent. L'appendice est normal. On dévide le grêle qui présente des fausses membranes et on trouve à un mètre cinquante ou deux mètres de l'angle iléo-cæcal une perforation mesurant un centimètre sur un centimètre deux, à bords souples. Suture en deux plans. Guérison en vingt-huit jours.

OBS. 126 : EFET (1934).

Une femme de 50 ans, ménagère, présente depuis trois jours des douleurs sourdes, qui semblent calmées par le décubitus. Les douleurs se sont aggravées au moment du départ pour l'hôpital. Il y a arrêt des matières et des gaz et vomissements. Aucun antécédent.

A l'examen, température normale. Pouls arythmique à 100. L'abdomen est modérément ballonné. La contracture est peu marquée

et, à la palpation, la douleur n'est pas très vive, bien que la malade se plaigne du bas-ventre.

Opération. — Deux heures après l'admission avec le diagnostic d'occlusion intestinale. Incision médiane sous-ombilicale. Liquide purulent abondant. Perforation du grêle à dix centimètres de l'angle iléo-cæcal avec plusieurs autres ulcères non perforés. Résection de quarante centimètres de grêle. Anastomose latéro-latérale. Le segment inférieur du grêle ne mesure que cinq centimètres. La malade survit vingt-quatre jours et meurt de gangrène pulmonaire.

Autopsie. — Lésions de péritonite. Pas d'autre ulcère de l'intestin. Thrombose de la veine iliaque externe gauche.

La pièce comporte cinq grands ulcères et trois petits. Le plus gros a trois centimètres de long sur un de large. Les bords sont irréguliers, dentelés. Un seul ulcère est perforé.

Examen histologique. — Au niveau de la majorité des ulcères existe une très légère nécrose de la séreuse et de la sous-séreuse, avec présence de leucocytes. Sur les bords, très légères lésions d'inflammation catharrale et quelques rares hémorragies intramusculaires.

L'ensemencement donne une flore banale.

OBS. 127 : SALMON et LIOTIER (1934)

Une femme de 49 ans présente un syndrome de péritonite aiguë grave, et à la dernière période de son évolution.

Opération. — Il s'agit d'une perforation lenticulaire de bord mésentérique de l'iléon, avec sphacèle du mésentère en plaque étendue. Résection de l'anse. Anastomose latéro-latérale. Suites opératoires très graves dès le début. Mort le cinquième jour après l'intervention de complications pulmonaires.

Autopsie. — Comporte deux ulcères du grêle, l'un de deux centimètres de diamètre dont le centre est précisément le siège de la perforation. L'autre, d'un centimètre de diamètre, siège à quatre centimètres du précédent.

Examen histologique. — Il est en faveur d'une origine inflammatoire, peut-être spécifique.

OBS. 128 : RUGGIERI (1935).

Une petite fille de 10 ans est prise subitement le 3 juin 1934, de violentes douleurs dans la fosse iliaque droite et la région péri-ombilicale. La fièvre montre à 38°5. Vomissements répétés. Comme il y a arrêt des matières et des gaz depuis le début, l'enfant est purgé deux fois. Les deux mois précédents, il y avait eu deux

ou trois crises douloureuses dans la partie droite de l'abdomen, ayant duré un quart d'heure ou une demi-heure au plus, calmées par des applications chaudes. Les crises n'étaient pas accompagnées de vomissements, de fièvre, ni de météorisme, et étaient suivies, une ou deux heures après, d'une selle.

A l'examen, le 5, l'état est extrêmement grave. Extrémités froides, traits tirés, yeux excavés, langue sale et humide. Pouls petit, filant à 170. L'abdomen est tendu dans son ensemble, mais n'est pas asymétrique, et il n'y a pas de péristaltisme. La palpation provoque une discrète défense dans tout l'abdomen, mais principalement dans le quadrant inférieur droit. Elle éveille, en outre, une douleur dans la région iléo-cæcale et la région para-ombilicale droite.

Opération. — A l'ouverture du péritoine, il s'écoule une grande quantité de pus fétide. L'appendice n'en est pas cause; on l'enlève. A soixante centimètres de la valvule, on trouve une sténose annulaire, sur le bord libre de laquelle existe une petite perforation d'où s'écoulent des matières. Dilatation en amont de la sténose. Mésentère normal, sans ganglions. Pas d'adhérence, mais simples dépôts fibrineux sur l'anse malade. La suture essayée est impossible; aussi, on fait une résection de quinze centimètres suivie d'une suture latéro-latérale. Mikulicz. Mort le lendemain.

La pièce comporte une sténose circulaire qui réduit le calibre de l'intestin de moitié. Un petit ulcère en entonnoir perforé, à bords réguliers mais infiltrés, occupe le bord libre de la sténose. La paroi est un peu épaissie en amont et normale en aval.

Autopsie. — La région opératoire est normale. Péritonite fibrino-purulente généralisée. Tout l'intestin, l'estomac et le mésentère sont normaux.

Examen histologique. — Est donné en détail plus haut. Il a montré un îlot de muqueuse gastrique.

OBS. 129 : DESJACQUES, DOR et DOUCET-BON (1935).

Un homme de 45 ans, éthylique, souffrant de l'estomac depuis plusieurs mois, aurait eu, l'année précédente, une hématomèse, et le matin, une douleur abdominale très violente.

A l'examen, il y a une contracture généralisée de la paroi abdominale. Le pouls est incomptable, et on diagnostique une perforation gastrique.

Opération. — Sur le bord libre de la première anse jéjunale, au centre d'une zone cartonnée d'un centimètre et demi de diamètre,

existe une perforation grosse comme une tête d'épingle. Excision limitée. Suture. Fermeture de la paroi avec drainage. Mort.

Autopsie. — Rien au grêle et à l'estomac. Foie grassex.

OBS. 130 : FABRE et ROCHER (1935).

Un homme de 58 ans est pris, en soulevant un fardeau, d'une violente douleur épigastrique. Quand on le voit, huit heures après, il présente tous les signes d'une péritonite.

Opération. — Incision médiane sus-ombilicale. L'abdomen contient un liquide louche. Sur le bord libre d'une anse grêle, perforation à contours polycycliques et dont les bords sont taillés à pic. Il n'y a pas d'induration. Enfouissement, fermeture de la paroi. Guérison.

Le malade avait présenté huit ans auparavant des troubles gastriques et, pendant deux ans, des hémorragies intestinales. Depuis deux ans, il n'avait eu ni troubles digestifs, ni hémorragie.

OBS. 131 : SMITH (1935).

Un homme de 27 ans présente des antécédents de thrombo-angéite oblitérante qui ont nécessité une sympathectomie bilatérale et une amputation du tiers inférieur de la cuisse droite. Ses troubles gastriques remontent à 1926. A ce moment, il accuse une douleur épigastrique, sans irradiation, aggravée par l'alimentation, l'obligeant à jeûner. Il a eu aussi quelques vomissements non sanglants. Le maximum de douleur est à sept heures du soir. Les douleurs surviennent environ deux fois par semaine. On constate en 1929 des hémorragies occultes.

Des examens radiologiques sont négatifs en dehors d'un point douloureux dans le quadrant supérieur droit, en dehors de l'aire gastrique.

Le Wassermann est négatif. On pratique dix-huit injections de vaccin antityphique intraveineux.

Le malade est admis, le 26 juillet 1929, pour une crise douloureuse aiguë, abdominale, qui a commencé la veille à cinq heures du soir, dans le quadrant supérieur gauche de l'abdomen, irradiant en bas. Il y a quelques vomissements. Température à 37°. Pouls à 100. 20.000 leucocytes. 88 % de polynucléaires. L'abdomen présente une rigidité de bois, avec hyperesthésie cutanée de sa moitié gauche, et une zone de sensibilité maxima à trois centimètres au-dessus de l'ombilic. Diminution de la matité hépatique. Diagnostic: perforation d'ulcère du duodénum.

Opération. — A la dix-huitième heure. Incision transversale sous-costale droite. Pylore, duodénum et appendice normaux.

Deuxième incision médiane sus-ombilicale. A soixante centimètres au-dessous de l'angle duodéno-jéjunal, on trouve une perforation de deux millimètres de diamètre, avec une très légère hernie de la muqueuse. Elle est au centre d'une zone indurée de deux millimètres plus étendue. La perforation était partiellement aveuglée par une adhérence à une autre anse grêle. Les vaisseaux mésentériques sont normaux. Suture en deux plans de la perforation. Drainage. Guérison.

Le liquide péritonéal est resté stérile à la culture.

La guérison s'est maintenue jusqu'en 1934.

OBS. 132 : ROSEN (1935).

Un homme de 44 ans est pris, un soir, après des excès de nourriture et de boisson, d'un malaise avec des douleurs assez vives dans tout le ventre. On l'amène à l'hôpital le lendemain car les douleurs n'ont pas cessé. Aucun antécédent digestif ou pathologique. Pas de syphilis.

A l'examen, l'état général est grave : traits tirés, yeux cernés, regard anxieux. Il y a arrêt des matières et des gaz. Le ventre est ballonné et douloureux à la palpation, avec défense musculaire généralisée. Tympanisme à la percussion. Urines normales. Le malade a, depuis plusieurs années, une hernie inguinale gauche non réductible.

On diagnostique une péritonite diffuse.

Opération. — Incision inguinale gauche. Le canal inguinal est libre et on ne constate aucun pincement intestinal. Il s'écoule un liquide de couleur verdâtre. On dévide les anses grêles recouvertes de fibrine et on trouve, à un mètre cinquante du duodénum, un orifice à bords réguliers et nets, de la taille d'un petit sou, sans aucune réaction inflammatoire du voisinage. Suture de la perforation. Lavage de la cavité abdominale au rivanol. Fermeture avec drainage. Le malade sort le onzième jour guéri.

OBS. 133 : COLETTI (1936).

Un homme de 56 ans présente, depuis deux ans, des troubles gastro-intestinaux. Ce sont de vagues douleurs abdominales à siège variable, apparaissant un quart d'heure avant d'aller à la selle et cessant par la défécation. Vers le 20 décembre 1934, il a présenté des selles sanglantes et même une hémorragie de sang pur. Ces hémorragies durent quinze jours, accompagnées d'une certaine douleur dans la moitié supérieure de l'abdomen et d'une forte acidité gastrique.

Le 8 février 1935, en soulevant un fardeau, il ressent une violence et subite douleur abdominale en coup de poignard qui le contraint à se coucher par terre. On le transporte à l'hôpital.

A l'examen, malade pâle. Ventre tendu, avec rigidité de bois. Douleur à la palpation plus marquée dans le quadrant inférieur gauche. Matité hépatique conservée. Pas de matité déclive. On diagnostique une perforation intestinale probablement d'origine ulcéreuse.

Opération. — Six heures et demie après le début. Incision de douze centimètres sus et sous-ombilicale. Liquide séro-purulent dans tout le pelvis, mais pas de gaz, de sang ni de bile. Rien à l'appendice. Sur une anse recouverte de fausses membranes, située dans le flanc gauche, on trouve une perforation arrondie, siégeant sur le bord libre, à soixante centimètres de l'angle duodéno-jéjunal. Excision de la perforation. Suture. Toilette péritonéale. Mikulicz dans le flanc gauche. Guérison en vingt-cinq jours.

Examen histologique. — Ne montre pas de muqueuse gastrique.

OBS. 134 : COLETTI (1936).

Un homme de 75 ans ne peut réduire, un soir, une vieille hernie inguinale gauche récidivée. Elle est un peu sensible. Il n'y a pas d'arrêt des matières et des gaz, pas de vomissements. Le lendemain, la douleur ayant diffusé à tout l'abdomen, il entre à l'hôpital.

A l'examen, il n'y a pas de hernie; elle s'est réduite depuis une demi-heure. Le ventre est météorisé dans son ensemble avec une défense musculaire généralisée, mais plus marquée dans le quadrant inférieur gauche de l'abdomen. Pouls à 105. On diagnostique une perforation d'anse herniée.

Opération. — Incision herniaire gauche. Le sac épais et compris dans le cordon, est plein de liquide purulent. En agrandissant l'incision, on trouve une anse dilatée comme un petit estomac, avec une péritonite plastique ancienne. Elle présente une perforation punctiforme. Résection. Anastomose termino-terminale. Toilette péritonéale. Mikulicz dans le Douglas, et un deuxième près de l'anastomose. Résection du sac. Castration gauche. Fermeture du canal inguinal. Guérison en vingt-huit jours.

OBS. 135 : BROWN et PEMBERTON (1936).

Un homme de 35 ans présente des crises de douleurs aiguës, siégeant à droite de l'ombilic et irradiant dans le dos. Il a présenté des selles sanglantes. Pas de nausée, ni de vomissements. Le malade est pâle depuis peu de temps avant l'admission et la numération

globulaire montre 3.130.000 globules rouges, 6.900 globules blancs, 73 % d'hémoglobine. La recherche du sang dans les selles est positive.

Opération. — On trouve à quatre-vingt-dix centimètres de la valvule iléo-cæcale, un ulcère d'un centimètre de diamètre, avec dilatation sus-jacente. Résection intestinale. Anastomose. Guérison.

Examen histologique. — Ulcère simple inflammatoire.

OBS. 136 : HALL (1936).

Une femme de 38 ans est admise à l'hôpital parce qu'elle a été éveillée trois heures auparavant par une violente douleur péri-ombilicale. La douleur s'est généralisée à tout l'abdomen et a irradié à l'épaule droite. Vomissements muqueux.

Quatre ans auparavant, elle avait eu des crises d'indigestion survenant trois heures après les repas et durant une heure. Ces crises n'étaient calmées par aucun médicament et avaient persisté huit semaines. A ce moment, on avait trouvé du sang à l'examen chimique des selles.

Un Wassermann et un examen radiologique avaient été négatifs.

A l'examen, pas de fièvre, pouls à 70. Abdomen rétracté avec rigidité pariétale et douleur généralisée à la palpation. Respiration courte. Matité hépatique disparue. Urines normales. 4.100.000 globules rouges avec 78 % d'hémoglobine. 11.200 globules blancs avec 80 % de polynucléaires. On diagnostique une perforation d'ulcère duodénal.

Opération. — Quatre heures et demie après le début des accidents. Incision para-médiane droite sus-ombilicale. L'incision du péritoine, qui est rouge, livre passage à un liquide verdâtre, avec des gaz, des flocons fibrineux et des particules alimentaires. Rien à l'estomac, au duodénum, à la vésicule. En soulevant le mésocolon transverse, on trouve une grande quantité de liquide verdâtre qui s'est écoulé par une perforation jéjunale, située sur le bord libre, à sept centimètres du ligament de Treitz. L'orifice a un millimètre et demi de diamètre. Ses bords sont rouges et légèrement indurés. Cautérisation de l'ulcère et suture. Fermeture avec drainage sus-pubien. Guérison qui se maintient depuis huit ans.

OBS. 137 : HARRIS (1936).

Un homme de 48 ans présente en septembre 1933, des douleurs dans la partie supérieure de l'abdomen, irradiant dans le quadrant inférieur droit, accompagnées de vomissements bilieux, et on pense peu après à un ulcère gastrique. En janvier 1934, le mala-

de présente une crise douloureuse aiguë, qui dure huit jours, et à ce moment, on a trouvé seulement une vague douleur à la palpation de l'étage supérieur de l'abdomen. L'examen de sang montre 15.000 leucocytes. En mars, un examen radiologique donne les résultats suivants : estomac avec résidu important, niveaux liquides dans le grêle et le gros intestin, dilatation gazeuse du côlon. On voit une niche sur la paroi postérieure de l'estomac, confirmée par une radiographie. Huit jours après, un lavement baryté dessine la niche et on conclut à une fistule gastro-colique

Opération. — Le 16 avril. L'exploration est négative, on se borne à enlever l'appendice.

En novembre, les douleurs reprennent. La radiographie montre un côlon dilaté, avec des niveaux liquides. On veut intervenir pour occlusion basse, mais le malade meurt subitement en une heure.

Autopsie. — Liquide jaunâtre dans le péritoine, avec agglutination des anses. On trouve en haut et à gauche, dans une boucle du transverse, un abcès dû à deux ulcères perforés, l'un antérieur, l'autre postérieur, siégeant à dix centimètres de l'angle duodéno-jéjunal. Les ganglions mésentériques sont hypertrophiés à ce niveau. Il n'y a pas d'obstruction mécanique.

Examen histologique. — L'intestin et les ganglions ne présentent pas de lésions cancéreuses.

L'auteur pense qu'il y a eu une première perforation en septembre 1933. A la radiographie, la niche était jéjunale et non pas gastrique. La rétention de la baryte dans le cratère entre les deux examens, avait fait penser faussement à une fistule gastro-colique.

OBS. 138 : DAVIDOVIC (1937).

Un homme de 23 ans, sans aucun antécédent, accuse, depuis trois jours, de fortes douleurs dans l'abdomen et des vomissements. Température 35°4. Pouls 110. Langue saburrale. Yeux cernés. Lèvres cyanotiques. Douleur et défense musculaire généralisées à tout l'abdomen. On diagnostique une péritonite diffuse.

Opération. — On trouve dans l'abdomen du liquide séro-purulent et des dépôts fibrineux sur les anses intestinales. L'appendice sain est enlevé. Une anse jéjunale présente, sur son bord libre, une perforation de la grosseur d'un grain de maïs. La paroi intestinale est normale alentour.

Fermeture en bourse de la perforation. Suture de la paroi avec drainage.

Guérison après incision, le onzième jour, d'un abcès sous-phrénique gauche.

Le séro-diagnostic T. A. B. a été négatif.

OBS. 139 : DAVIDOVIC (1937).

Un homme de 42 ans a présenté en juin 1935 des douleurs gastriques survenant une heure après les repas. Plusieurs vomissements. Le tubage gastrique montre : HCl libre 39. Acidité totale 48.

En novembre, en portant un tonneau vide, il ressent une douleur syncopale au voisinage de l'ombilic. Pas de vomissements. Quatre heures après, température 38°2. Pouls 120. Ventre très sensible et dur dans son ensemble.

Opération. — Immédiate. Incision para-rectale droite. Dans la cavité abdominale, on trouve beaucoup de liquide séro-purulent, de couleur rouge brunâtre. Rien dans le Douglas. Laparotomie médiane sus-ombilicale. On retire une anse de la partie moyenne du grêle, présentant sur son bord libre une perforation de la grandeur d'un grain de maïs, d'où faisait issue le contenu intestinal. Les parties environnantes ne présentent aucune induration. Suture de la perforation. Fermeture de la paroi avec drainage. Guérison après incision, le seizième jour, d'une collection supprimée sous-ombilicale.

Séro-diagnostic T. A. B. négatif.

OBS. 140 : MONCANY (inédite)

Un homme de 35 ans entre, le 11 novembre 1934, à l'hôpital de Corbeil, avec un syndrome de péritonite par perforation qui a débuté dix-huit heures auparavant.

Opération (Docteur Goidin). — Incision de Jalaguier donnant issue à un liquide puriforme, non fétide. Les anses sont couvertes de fausses membranes. Le liquide est mélangé de débris alimentaires. L'appendice sain est enlevé. Drain dans le Douglas.

Incision médiane sus-ombilicale. On découvre une perforation sur le bord libre du jéjunum, à vingt-cinq centimètres de l'angle duodéno-jéjunal. Excision et suture de l'ulcère. Mort le lendemain.

OBS. 141 : PETIT (inédite)

Une femme de 38 ans entre, le 25 janvier 1933, à la clinique chirurgicale de l'hôpital Saint-Antoine, pour une crise douloureuse aiguë dans l'abdomen. Elle était enceinte de cinq mois, quand elle ressentit subitement une douleur abdominale en coup de poignard. Elle avorte quelques heures après.

On voit le malade vingt heures après le début des accidents. Son état général est grave. La langue est sèche. Température 39°5. Pouls 130. Il y a une contracture abdominale généralisée et une douleur diffuse de tout l'abdomen. On apprend qu'il n'y a pas eu

de troubles digestifs antérieurs. Diagnostic : péritonite appendiculaire.

Opération (Docteur Petit). — Incision de Mac Burney. Liquide séro-purulent abondant à l'ouverture du péritoine, sans gaz, ni odeur. L'appendice apparaît sain. On l'enlève cependant.

Incision médiane sus-ombilicale. Rien à l'estomac, ni au duodénum. En soulevant la paroi, on aperçoit des anses intestinales rouges, lâchement agglutinées par des fausses membranes, et on a l'attention attirée par une petite bulle de gaz qui amène sur une perforation. L'anse grêle atteinte est haut située, jéjunale, sans qu'on ait précisé exactement le niveau.

La perforation siège à la périphérie d'une plaque de moins d'un centimètre de diamètre, un peu épaissie, à peine indurée, située près du bord mésentérique. La perforation est très minime, grosse comme une tête d'épingle.

Enfouissement au fil de lin. Fermeture de la paroi au bronze. Drain dans le Douglas par l'incision de Mac Burney.

La malade sort le 16 février après des suites opératoires sans incident. Les examens de laboratoire pour la typhoïde sont restés négatifs.

La malade se porte bien jusqu'au 12 mars, date où elle est prise de frissons et de fièvre oscillante. Elle entre à nouveau dans le service, le 29 mars. L'examen physique est négatif. On trouve dans le sang 22.400 globules blancs avec 71 % de polynucléaires. Il y a du pus et des colibacilles dans les urines.

La malade meurt le premier avril, après un mois de fièvre à grandes oscillations.

OBS. 142 : PERSONNELLE (inédite)

Un homme de 49 ans, administré de l'hospice de Bicêtre, où il a été admis pour cécité bilatérale après ophtalmie purulente, est pris subitement, le 29 janvier 1934, d'une douleur abdominale violente et de vomissements auxquels succèdent des nausées avec rejet par moment de quelques gorgées de liquide noirâtre. Il est admis dans le service du Docteur Toupet.

On apprend qu'il a des troubles digestifs depuis le mois de mars 1928. A ce moment, le malade qui faisait de fréquents excès de boisson, ressent des douleurs à environ deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic, irradiant vers les deux épaules. Elles surviennent environ quatre heures après les repas de midi et du soir, sont annoncées par des régurgitations répétées et sont suivies d'éruptions. Les alcalins les calment. Ces douleurs ont duré un mois en-

viron, et ont cessé jusqu'en octobre 1928, bien que le malade ne prenne pas de médicaments.

En octobre, le malade se remettant à boire, les douleurs reprennent, plus ou moins intermittentes, soulagées par du bicarbonate et de la pepsine.

En juin 1929, après une purgation à l'eau-de-vie allemande, le malade fait une petite hématomérose, pour laquelle il est hospitalisé et qui est sans lendemain.

Depuis cette époque, il n'y a plus de troubles digestifs, sauf à l'occasion d'excès de boisson.

Examen : Température à 37° Pouls à 84. Traits un peu tirés. Il y a une défense généralisée de la paroi abdominale et une contraction plus marquée dans la fosse iliaque gauche. La douleur, à la palpation, est à son maximum un peu au-dessus et à gauche de l'ombilic. Il y a un arrêt complet des matières et des gaz.

On fait le diagnostic de perforation d'ulcère de l'estomac, bien que le maximum des signes, dans la partie gauche de l'abdomen, étonne.

Opération (Caby). — Neuf heures après le début des accidents. Rachianesthésie par 10 centigrammes de novocaïne injectée entre L. 1 et L. 2.

Incision médiane remontant à trois travers de doigt au-dessous du xyphoïde (limite supérieure de l'anesthésie) et descendant un peu au-dessous de l'ombilic.

A l'ouverture du péritoine, faite sous un filet de sérum, il s'échappe quelques fines bulles de gaz, puis un liquide bilieux et floconneux très abondant. L'estomac, le duodénum et la vésicule sont normaux. Il n'y a pas de liquide dans l'arrière cavité des épiploons.

En soulevant le grand épiploon, on voit dans le flanc gauche que le liquide y est plus abondant et plus épais. On trouve à quinze centimètres de l'angle duodéno-jéjunal, une perforation située près du bord libre. Elle a trois millimètres environ de diamètre. Ses bords sont taillés à l'emporte-pièce ; légèrement blanchâtres, nettement indurés.

Comme on ne voit, ni ne sent d'autre ulcère, on fait une excision limitée de la perforation, et une suture transversale de la brèche ainsi créée par deux plans de points séparés de fil de lin.

Assèchement du péritoine. Lame de caoutchouc ondulée dans le Douglas. Fermeture de la paroi.

Suites opératoires. — La température ne dépasse pas 38°. Le 31 janvier, hématomérose de sang noirâtre et hoquet. Une piqûre d'atro-

pine arrêtent ces symptômes. Le malade va à la selle et boit, sans vomir, les jours suivants. Son ventre est souple.

Le 4 février, le malade a des vomissements brunâtres, contenant du sang à l'examen chimique. Le soir, l'état général s'altère. La température monte à 39° et le malade meurt presque subitement à 21 heures.

Autopsie. — L'estomac est normal. Il existe un ulcère de la face postérieure du premier duodénum qui paraît ancien et dont le fond est formé par le pancréas.

La suture est étanche, mais cinq centimètres au-dessus il y a sur le bord libre du jéjunum, une petite perforation ovalaire, à bords absolument souples, de trois à quatre millimètres de longueur. Elle a laissé écouler dans le flanc gauche une petite quantité de liquide brunâtre.

Les anses intestinales sont un peu rouges, mais il n'y a pas de liquide par ailleurs dans l'abdomen.

L'intestin ouvert de bout en bout ne montre absolument rien qu'une petite tumeur du volume d'un pois au niveau de la valvule de Bauhin.

Un peu de congestion des bases pulmonaires. Un petit noyau caséux à la partie moyenne du poumon gauche. Le foie est graisseux. Le pancréas, la rate et les surrénales sont dans un état avancé de putréfaction et ne présentent pas d'autre altération manifeste. Reins d'aspect normal, avec périnéphrite.

Examen histologique. — On a donné plus haut l'examen de la pièce opératoire.

Par ailleurs, on a constaté une légère dégénérescence graisseuse du foie, des lésions discrètes de néphrite chronique. Le petit noyau caséux, prélevé au niveau du poumon montre des lésions tuberculeuses anciennes, très limitées.

La tumeur prélevée près de la valvule de Bauhin est formée de tissu musculaire et de tissu fibreux. La putréfaction rend illisible les coupes du duodénum et de jéjunum pratiquées sur les pièces prélevées à l'autopsie.

CONCLUSIONS

L'ulcère simple du grêle est une affection relativement rare, survenant surtout chez les hommes, vers la quarantaine.

Il siège aux deux extrémités du grêle, au début du jéjunum, et plus souvent à la terminaison de l'iléon. Généralement, il est unique.

Au point de vue anatomique, on peut distinguer un type non induré aigu et un type induré chronique. La sclérose péri-ulcéreuse peut amener une véritable sténose. L'ulcère a une tendance à évoluer vers la perforation. Cependant la cicatrisation est possible.

A l'examen histologique, on constate une perte de substance nette avec lésions de nécrose sur les bords. Il n'y a pas de réaction inflammatoire importante en dehors de certains ulcères chroniques. Trois fois, on a trouvé sur le bord de l'ulcère un îlot de muqueuse gastrique hétérotopique.

L'étiologie n'est actuellement démontrée que pour les cas où il existait une anomalie tissulaire. Il est difficile autrement de faire la part qui revient à l'infection, aux troubles vasculaires ou nerveux dans la pathogénie. On

peut attribuer à l'action des sucs digestifs la ressemblance des lésions histologiques et à l'infection secondaire un rôle dans la chronicité de l'ulcère.

Cliniquement, l'ulcère du jéjunum, qui est le plus souvent chronique, se caractérise par des douleurs tardives, survenant par crises, siégeant au-dessus de l'ombilic et plutôt à gauche de la ligne médiane. Elles peuvent être accompagnées d'hémorragies intestinales.

Les crises sont séparées par des périodes de durée variable, pendant lesquelles le malade ne ressent aucun trouble.

Dans certains cas, l'ulcère du jéjunum s'est accompagné de signes pyloriques, mais la présence de vomissements bilieux et la constatation d'une sténose jéjunale haute à la radioscopie doivent permettre de faire un diagnostic exact.

La perforation de l'ulcère du jéjunum se traduit par les signes habituels d'une perforation digestive haute : douleur brutale, vomissements, rigidité pariétale, tension douloureuse du cul-de-sac de Douglas. A l'examen, le maximum de la douleur et de la contracture siège très fréquemment dans la partie gauche de l'abdomen.

L'ulcère de l'iléon ne se révèle par aucun signe caractéristique en dehors de la perforation ou de l'occlusion.

Le diagnostic doit éliminer les ulcérations tuberculeuses et syphilitiques, les ulcérations des septicémies, des entérites aiguës, de l'urémie, les perforations par corps étrangers ou vers intestinaux, par trouble local de la circulation, par diastasis au-dessus d'une sténose, les tumeurs inflammatoires ou cancéreuses.

Le traitement sera la résection intestinale dans les ulcères chroniques sténosants, l'excision suivie de suture dans les ulcères perforés à moins que l'étendue des lésions ne nécessite une résection.

Vu :

LE DOYEN,
ROUSSY.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
R GRÉGOIRE.

Vu et permis d'imprimer :

LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,
S. CHARLETY.

BIBLIOGRAPHIE

Observations

1. ABERCROMBIE. — *Edinburgh Med. and Surg. Journ.*, vol. XXI, 1824.
2. ANDRAL. — *Précis d'Anat. Path.* t. II, p. 105, 1829.
3. REIGNIER. — *Bull. Soc. Anat.*, n° 1, 3^e série, p. 9, septembre 1835.
4. ROGEE. — *Bull. Soc. Anat.*, Paris, 1838.
5. RUFZ. — *Gaz. Méd. de Paris*, 1843, t. XI, p. 673.
6. DE CASTELNAU. — *Arch. Gén. de Méd.*, t. III, p. 285, 1843.
7. HAMEL. — *Gaz. Méd. de l'Algérie*, 3^e année, n° 11, 1858.
8. WAGNER. — *Arch. f. physiol. Heilkunde*, Stuttgart, t. II, p. 280, 1858.
9. LEBERT. — *Traité d'anatomie pathologique*, t. II, p. 206, obs. I, 1861.
10. TAYLOR. — *Guy's Hosp. Reports*, t. XI, p. 282, 1865.
11. KRAUSS. — L'ulcère perforé de l'intestin grêle, Berlin 1865, in Grassman. *Arch. f. Klin. Chir.*, vol. CXXXVI, p. 449, 1924.
12. LANE. — *The Lancet*, t. I, p. 256, 1866.
13. LESPIAU. — *L'Abeille médicale*, 22 avril 1867.
14. PERROUD. — *Soc. des Sc. Méd. de Lyon*, t. V, p. 3, 1866-1867.
15. REVERDIN. — *Bull. Société anatomique*, 1867.
16. MAHONY. — *The British Med. Journ.*, vol. II, p. 428, 1869.
17. CECI. — *Gaz. Med. di Roma*, IX, 193, 1883.
18. GRISOLLE. — *Traité de Path. int.*, 9^e édit., 1875, t. II, p. 405.
19. BUCQUOY. — *France Médicale*, 12 novembre 1879.
20. HAGENBACH. — *Medical Record New-York*, vol. XVII, n° 7, p. 167, 1880.
21. KRONLEIN. — *Arch. f. Klin. Chir.*, t. XXXIII, p. 507, 1886.
22. HUTCHINS. — *Weekly med. review*, St-Louis, t. XX, p. 104, 1889.

23. BRIGIDI. — *Gazetta degli ospedali*, vol. XIV, p. 434, 1893.
24. BRIGIDI. — *Id.*
25. ARMSTRONG. — *Med. Record*, New-York, XLIV, p. 699, 1893.
26. LETULLE. — *Presse médicale*. p. 137, 1895.
27. SIMPSON. — *Practitioner*, Londres, t. LVIII, p. 165, 1897.
28. BRET. — Thèse de Lille, 1897-98.
29. KIRMISSON. — *Bull. et Mém. Soc. Chirur. Paris*, t. XXIV, p. 279, 1898.
30. CAVICCHIA. — *Gior. med. del regio esercito*, Roma, p. 942, 1902.
31. ROTGANS. — In Van Roojen, *Arch. f. Klin. Chir.*, t. XCI, p. 382 et 400, 1910.
32. DODSON. — *Brit. Med. Journ.*, London, t. I, p. 718, 1906.
33. BEECKMANN-DELATOUR. — *Ass. Med. de la ville de New-York*, 20 avril 1908.
34. LE FORT. — *Echo Méd. du Nord*, Lille, p. 285, 1908.
35. JANKOWSKI. — *Deutsch. Med. Woch.*, t. XXXIV, p. 2267, 1908.
36. SCHMILINSKI. — *Münch. Med. Woch.*, t. LVII, p. 1616, 1910.
37. PARCELIER et COURAUD. — *Journ. Méd. Bordeaux*, 1911, p. 296, et thèse de Laylavoix, Bordeaux, 1911.
38. PARCELIER. — *Journ. Méd. Bordeaux*, 17 décembre 1911.
39. LEFEBVRE. — *Soc. Clin. Hôp. de Bruxelles*, 12 avril 1913.
40. STIENON. — *Soc. d'Anat. Path. de Bruxelles*, 5 juin 1913.
41. CADE, ROUBIER, MARTIN. — *Progrès Médical*, t. XXIV, p. 309, 14 juin 1913.
42. MURPHY. — *Surg. Chir. Chicago*, t. V, p. 435, 1916.
43. BRYAN. — *Surg. Gyn. Obst.*, t. XXII, p. 279, 1916.
44. LETT. — *Clin. Journ.*, Londres, t. XXV, p. 173, 1919.
45. LETT. — *Id.*
46. LEOTTA. — *Arch. It. di Chirurgia*, vol. I, n° 4, p. 349, 31 janvier 1920.
47. KRETSCHMER. — *Deutsch. Med. Woch.*, t. XLVI, p. 69, 1920.
48. FINOCHIETTO. — *Bol. y trab. Soc. cir. Buenos-Ayres*, p. 199, 1920.
49. BASILE. — *Policlinico sez. prat.*, t. XXVII, p. 1410, 6 décembre 1920.
50. ROUX-BERGER. — *Soc. de Chir. Paris*, p. 810, 8 juin 1921.
51. BAZY. — *Soc. de Chir. Paris*, 15 juin 1921.
52. BAZY. — *Id.*
53. BERGERET. — In Thèse Le Basser, Paris, 1920-21.
54. MAKAI. — *Zentralblatt. f. Chirur.*, t. XLVIII, n° 43, p. 1582, 1921.
55. MAKAI. — *Id.*
56. MARAGLIANO. — In Fischer, *Virchow' Archiv.*, CCXXXIV, p. 23 1921.

57. MARAGLIANO. — *Id.*
58. MARAGLIANO. — *Id.*
59. CHIASSERINI. — *Ann. it. di Chir.*, t. I, p. 973, 1922.
60. AYESTARAN. — *Revista Española de Cirurgia*, t. IV, n° 89, p. 338, 1922, résumé in *J. Chir.*, XXI, 500, 1923.
61. MAC KELNEY. — *The Med. Journ. of Australia*, vol. II, n° 15, octobre 1922.
62. MERIEL. — *Bull. de l'Acad. de Méd.*, t. LXXXVIII., p. 613, 19 décembre 1922.
63. GALE. — *Journ. Amer. Med. Ass.*, t. LXXIX, p. 1047, 1922.
64. RICHARDSON. — *Surg Gyn. and Obst.*, Chicago, t. XXXV, p. 1, 1922.
65. RICHARDSON. — *Id.*
66. HOLTZWEIEIG. — *Zentralblatt. f. Chir.*, vol. XLIX, p. 864, 17 juin 1922.
67. WALTON. — *British Journ. of Surg.*, vol. X, p. 152, juillet 1922.
68. CHABRUT. — *Paris Médical*, p. 124, 11 août 1923.
69. DURAND. — In Oudard et Jean.
70. FISCHER H. — *Annals of Surgery*, t. LXXVII, p. 775, 1923.
71. FRASER. — *Glasgow med. Jour.*, t. XVII, janvier 1923.
72. PATERSON BROWN. — *Edinburgh Med. Journ.*, vol. XXXI, p. 45, janvier 1924.
73. PATERSON BROWN. — *Id.*
74. SCHNYDER. — In Grassmann, *Arch. f. Klin. Chir.*, vol. CXXXVI, p. 449, 1924.
75. VELTE. — *Zentralblatt f. Chir.*, t. LI, p. 135, 26 janvier 1924.
76. RUTKOWSKI. — *Lyon Chirurgical*, t. XXI, n° 1, p. 11, janvier 1924.
77. OUDARD. . . *Arch. Mal. app. dig.*, t. XV, n° 3, p. 208, mars 1925.
78. OUDARD. — *Id.*
79. JEAN. — *Id.*
80. SURJUS. — *Soc. des Sc. biol. de Montpellier*, 6 mars 1925.
81. PESCE. — *Policlinico sez. Chir.*, t. XXXII, p. 367, juillet 1925.
82. PESCE. — *Id.*
83. TAYLOR J. — *Edinburgh med. J.*, t. XXXII, p. 255, mai 1925.
84. ARRIGONI. — *Il Policlinico, sez. Chir.*, t. XXXIII, fasc. 8, p. 381, 15 août 1926.
85. BARBER. — *Annals of Surg.*, vol. LXXXIV, n° 4, p. 621, octobre 1926.
86. BIGGER. — *Virginia Med. Monthly*, t. LIII, p. 4, avril 1926.
87. BIGGER. — *Id.*
88. RADVIN. — *Annals of Surg.*, t. LXXXV, p. 873, juin 1927.

89. HEINATZ. — *Zentralblatt. für Chir.*, vol. LV, n° 9, p. 534, 3 mars 1928.
90. HOFHAUSER. — *Arch. für Klin. Chir.*, vol. CLIII, fasc. 1, 26 novembre 1928.
91. HOFHAUSER. — *Id.*
92. RECCIUS. — *Zentralblatt. für Chir.*, p. 2058, 1928.
93. SCHILLING. — *Norsk. Mag. für Laegenvidenskapen*, vol. LXXXIX, p. 249, mars 1928.
94. GUTTIEREZ V. — *Revista de Cirugia*, Buenos-Ayres, t. VII, n° 10, p. 477, octobre 1928.
95. BLACK. — *Brit. Journ. of Surg.*, t. XVII, p. 338, octobre 1929.
96. KONIG. — *Beit. zur Klin. Chir.*, t. CXLVII, p. 133, 1929.
97. JANCKE. — *Zentralblatt, f. Chir.*, t. LVI, n° 20, p. 1222, 18 mai 1929.
98. CORNIOLEY. — *Rev. Méd. de la Suisse romande*, vol. II, p. 91, 25 février 1930.
99. CORNIOLEY. — *Id.*
100. CORNIOLEY. — *Id.*
101. PENWERTH. — *Giornale Med. dell'alto Adige*, Bolzano, p. 679, septembre 1930.
102. PENWERTH. — *Id.*
103. PENWERTH. — *Id.*
104. PICKHARDT. — *Annals of Surg.*, t. XCI, p. 291, février 1930.
105. SAMBUC. — *Bull. de la Soc. Médico-Chir. de l'Indo-Chine*, p. 885, nov.-déc. 1931.
106. MORRIN. — *Irish. Journ. of Med. Sc.*, 6^e série, p. 198, 1931.
107. MORRIN. — *Id.*
108. MORRIN. — *Id.*
109. ZENO, SANTANELLI et ERCOLE. — *Boll. y trab. Soc. Cir. Buenos-Ayres*, 9 septembre 1931.
110. DEL VALLE. — *Boll. y trab. Soc. Cir. Buenos-Ayres*, 9 septembre 1931.
111. LAMAS et DEL CAMPO. — *Bol. de la Soc. Cir. de Montevideo*, t. II, n° 11, 1931.
112. LAMAS et DEL CAMPO. — *Id.*
113. LIND S. C. — *Ohio State medical journal*, p. 621, août 1931.
114. MORROUD. — *Soc. Chir. Paris*, p. 1157, 13 juillet 1932.
115. OULIÉ. — *Soc. Anat.*, 7 janvier 1932, in *Annales d'anat. path.*, p. 84, 1932.
116. BABINGTON. — *Calif. and. West. Med.*, p. 191, septembre 1932.
117. EBELING. — *Annals of Surg.*, p. 857, juin 1933.
118. PUHL. — *Deutsch Zeitschrift für Chir.*, t. CCXXXIX, fasc. 9 et 10, p. 623, 21 mars 1933.

119. ZAFFAGNINI. — *Clinica Chirurgica*, fasc. II, novembre 1933.
120. ZAFFAGNINI. — *Id.*
121. CAZZAMALI. — *Ospedale maggiore*, t. XXI, p. 261, mai 1933.
122. CAZZAMALI. — *Id.*
123. ADAMEK. — *Zentralblatt. für Chir.*, t. LXI., n° 10, 10 mars 1934.
124. EFET. — *Novy Khirurg. arkhiv.*, p. 234, 1934.
125. EFET. — *Id.*
126. EFET. — *Id.*
127. SALMON et LIOTIER. — *Soc. Chir. Marseille*, 12 novembre 1934,
in *Marseille Médical*, 25 décembre 1934.
128. RUGGIERI. — *La Clinica*, Bologne, an. I, n° 5, juillet 1935.
129. DESJACQUES, DOR et DOUCET-BON. — *Lyon Chir.*, p. 215, mars-
avril 1935.
130. FABRE et ROCHER. — *Toulouse Médical*, n° 8, p. 258, 15 avril
1935.
131. SMITH (B.-C.). — *Annals of Surg.*, vol. CI, n° 5, p. 1.225, mai
1935.
132. ROSEN. — *Polski Przegląd Chirur.*, t. XIV, n° 3, 1935.
133. COLETTI. — *Il Policlinico, sez. Chir.*, t. XLIII, n° 6, 15 juin
1936.
134. COLETTI. — *Id.*
135. BROWN et PEMBERTON. — *Annals of internal méd.*, p. 1.684-
1.702, obs. 6, juin 1936.
136. HALL P. — *Southern Surgeon.*, t. V, n° 4, p. 309, août 1936.
137. HARRIS J.-H. — *Radiology*, p. 497, avril 1936.
138. DAVIDOVIC. — *Mém. de l'Acad. Chir.*, Paris, mai 1937.
139. DAVIDOVIC. — *Id.*
140. MONCANY. — Inédite.
141. PETIT. — Inédite.
142. PERSONNELLE. — Inédite.

Observations non retenues

- ASKANAZY. — In von Talke. *Brüns. Beil. z. Klin. Chirur.*, vol. XXXVIII, p. 785, 1903.
- BROWN et PEMBERTON. — *Annals of internal medicine*, p. 1.684, juin 1936.
- CANTELMO. — *Policlinico sez pratica*, t. XXXVII, n° 24, 16 juin 1930.
- CHABRUT. — *Paris Médical*, p. 125, 11 août 1923.
- CHENUT et PEYRE. — In *Thèse de Brouste*, Bordeaux 1928-1929.
- COATES A.-E. et GREEN O. — *M. J. Australia*, p. 712, 16 nov. 1929.
- CORADESCHI. — *Gaz. d. ospedali*, t. XV, p. 445, 1894.
- COUNCILMAN. — *Bull. John Hopkins Hosp.*, vol. III, p. 31, 1892.
- DUMONT-PALLIER. — *Soc. de Biol.*, 1862.
- DUPONT. — *Arch. méd. Belges*, t. XXVI, p. 361, 1889.
- FELLOWS. — *Br. med. Journ.*, p. 150, 22 juillet 1933.
- FRIELE J. — *Med. Revue*, 1894.
- GOODHART. — *Trans. path. Soc. London*, t. XXXVI, p. 205, 1885.
- JANCKE. — *Zentr. f. Ch.*, t. LVI, n° 20, p. 1.222, 1929.
- JANKOWSKI J. — *Deutsch. Med. Woch.*, t. XXXVI, p. 126, 1910.
- KIBBLER. — *Br. med. jour.*, t. II, p. 354, 1869.
- LABBÉE. — *Bull. Soc. Anat.*, 1867.
- LAZAREVIC. — *Deutsch. Med. Woch.*, t. XLV, p. 123, 1919.
- LÉPINE. — *Bull. de la Soc. anat.*, janvier 1870.
- MIKULICZ. — *Volkman Samm. Klin. Vort.*, 1885.
- MOORE. — *Lancet*, t. II, p. 373, 427, 1864.
- PARENSKI. — *Med. Jahrbuch.*, 1876.
- RENON et BLAMOUTIER. — *Bul. de l'Acad. Méd.*, t. LXXXV, p. 715, 21 juin 1921.
- RENON, GÉRAUDEL et MARRE. — *Bull. et Mém. Soc. méd. Hôp.*, t. XXVII, n° 8, p. 301, 24 mars 1910.
- SCHMIDT et WEYLAND. — *Med. klin.*, Berlin, an. XXI, n° 47, 20 novembre 1925.

- SCHOO. — In van Roojen, *Arch. f. Klin. Chir.*, t. XCI, p. 381, 1910.
- SCHUSSLER. — *Med. Korr. Blatt. d. Wurt. Arzt. Vereins*, p. 223, 1850.
- SESTIER. — *Bull. Soc. Anat.*, Paris, t. III, p. 33, 1829.
- SHELTON HORSLEY. — *Jour. am. med. ass.*, t. LXXXV, n° 12, 19 septembre 1925.
- TAYLOR. — *Ed. med. j.*, t. XXXII, p. 255, mai 1925.

Travaux cités

- ABRAM. — Ulcère simple perforant du tube digestif. (*Thèse de Paris*, 1898-1899.)
- ACLAND. — Ulcération intestinale dans la paraplégie. (*Lancet*, II, p. 827, 1884.)
- AMEUILLE et DUPERRAT. — La perforation de l'entérite ulcéreuse des tuberculeux. (*Soc. méd. hôp.*, 8 mai 1936.)
- ANGER. — (*Bull. soc. anat.*, janvier 1872.)
- BAILLAT. — Ulcère simple du grêle. (*Thèse de Toulouse*, 1925.)
- BRET. — Contribution à l'étude des perforations spontanées du tube digestif au point de vue médico-légal. (*Thèse de Lille*, 1897-1898.)
- BROUSTE. — L'ulcère de l'intestin. (*Thèse de Bordeaux*, 1928-29.)
- CADE et LEVRAT. — La symptomatologie pylorique dans les sténoses hautes du jéjunum. (*Journ. de Méd. de Lyon*, X, n° 231, 1929.)
- CHAUMERLIAC. — L'ulcus expérimental. (*Jour. méd. français*, p. 393, 1935.)
- CHIODIN. — Perforation intestinale morbilleuse. (*Rev. med. del Rosario*, p. 1.237, déc. 1934.)
- CHRISTMANN. — Perforation d'un ulcère jéjunal par distension. (*Bol. y trab. soc. cir. Buenos-Ayres*, p. 5, 17, av. 1929.)
- COMBES. — Des ulcères simples de l'intestin. (*Thèse de Toulouse*, 1896-97.)
- DE COURCY WHEELER. — Un cas d'ulcère actinomycosique du duodénum et du jéjunum. (*Brit. jour. of surg.* XV, n° 59, p. 430, 1928.)
- CROHN, GUNZBURG, OPPENHEIMER. — Iléite régionale. (*Jour. am. med. ass.* n° 16, p. 1.323, 15 oct. 1932.)
- CRUVEILHIER. — (*Bull. soc. anat.*, VII, p. 1, 1832.)
— (*Atlas d'anat. path.*, XXV, p. 4, 1833-1842.)
- CUSHING. — Peptic ulcer and the interbrain. (*Surg. gyn. obs.*, LV, n° 1, p. 1, juillet 1932.)

- DIAZ BOBILLO. — Ulcère gastrique et intestinal du nourrisson. (*Prensa med. arg.*, 20 mai 1936.)
- DONATI. — In LEOTTA, loc. cit.
- DUVAL, ROUX et MOUTIER. — (*Soc. chir. Paris*, 23 mai 1923.)
- EBNER et SALZER. — Un cas de perforation intestinale par mycosis fongoiïde. (*Deut. zeit. f. chir.*, CCXXXIX, p. 765, 1933.)
- FISCHER A.-W. — Ulcères simples du gros intestin et du grêle. (*Virchow arch. f. path. anat.*, CCXXXIV, p. 21, 1921.)
- Ulcères au niveau des métastases nécrosées d'un hypernéphrome occulte. (*Zent. f. chir.*, n° 31, 1921.)
- Remarques sur un article de Makai traitant des ulcères de l'intestin. (*Zent. f. ch.*, XLIX, p. 166, 1922.)
- FRAENKEL. — Sur la syphilis acquise du grêle. (*Virch. arch. f. path. anat.*, CXCIX, p. 131, 1910.)
- FRIEDMAN. — Origine endocrinienne probable de l'ulcère peptique. (*Jour. am. med. ass.*, LXXI, p. 1.543, 1918.)
- (*Nov. chir. arch.*, XXII, p. 354, 1931.)
- GANDY. — La nécrose hémorragique des toxémies et l'ulcère simple. (*Thèse de Paris*, 1898-99.)
- GHELFI. — Ulcères intestinaux microbiens hématogènes. (Parme 1907.)
- GRASSMAN. — Les ulcères simples de l'intestin grêle. (*Arch. f. klin. chir.*, CXXXVI, p. 449, 1925.)
- GRIEP. — Perforation tardive après herniotomie pour hernie étran-glée. (*Zent. f. chir.*, p. 460, 23 fév. 1929.)
- JUDINE. — *Bull. mém. soc. chir. Paris*, p. 1.236, 1929.
- KARAGANAYER. — Ulcères superficiels multiples du grêle. (*Lancet*, p. 16, 7 juillet 1928.)
- KELLER. — Pathogénie nerveuse de l'ulcère digestif. (*Arch. of path.*, XXI, p. 127, 1936.)
- KOCHER. — Ulcère par distension du grêle. (LXXXVI^e réunion de l'ass. cent. des Méd. Suisses, 11 juin 1909.)
- KOSTER, KASMAN et SHEINFELD. — Iléite régionale. (*Arch. of surg.*, XXXII, n° 5, p. 789, mai 1936.)
- LAMOUREUX et DE RAYMOND. — Un cas de gonococcémie mortelle par perforation intestinale. (*Bull. soc. med. chir. Indochine*, IV, n° 2, p. 61, février 1926.)
- LARCHER et JUÉRY. — In OUDARD et JEAN, loc. cit.
- LAYLA VOIX. — Ulcère simple du jéjuno-iléon. (*Thèse de Bordeaux*, 1911.)
- LE BASSER. — L'ulcère simple du grêle. (*Thèse de Paris* 1920-21.)
- LEMIERRE et LEVESQUE. — Ulcération intestinale chez un pneumoni-que. (*Bull. et mém. soc. méd. hôp. Paris*, XLVI, p. 877, 1922.)

- LEMIERRE et PIÉDELIÈVRE. — Ulcérations gastro-intestinales urémiques. (*Gaz. des Hôp.* XCIV, n° 90, 15 nov. 1921.)
- LERICHE. — Pathogénie de l'ulcère peptique post-opératoire. (*XL^e Congrès français de chirurgie*, 1931.)
- LERICHE et FONTAINE. — Etiologie de la maladie ulcéreuse. (*Jour. méd. fr.* XXIV, n° 11, p. 364, nov. 1936.)
- LORTAT-JACOB. — Eczéma et ulcères digestifs. (*La Médecine*, novembre 1923, p. 114.)
- MAC LAUGHLIN. — L'ulcère de Curling. (*Arch. of surg.* XXVII, n° 3, sept. 1933.)
- MAES. — L'ulcère de Curling. (*Ann. of surg.* XCI, p. 627, avril 1930.)
- MAINGOT. — Perforation du jéjunum pendant une pneumonie lobaire. (*Brit. med. jour.*, p. 1.005, 30 mai 1925.)
- MALEYX. — Hémorragies et perforations à distance au cours des obstructions terminales de l'intestin. (*Thèse de Paris*, 1912.)
- MARKOWITZ et LOAR. — Péritonite à meconium consécutive à une perforation spontanée intra-utérine du jéjunum. (*Am. jour. of obs. et gyn.*, XXVII, n° 5, mai 1934.)
- MATTHEWS et DRAGSTEDT. — (*Surg. gyn. obs.* LV, n° 3, p. 265, septembre 1932.)
- MÉLOU. — Contribution à l'étude de la péritonite généralisée ascaridienne. (*Thèse de Bordeaux*, 1926-27.)
- MEYER et RUBIN. — (*Arch. of surg.* XXVI, p. 684, 1933.)
- MOIROUD. — Perforation de l'iléon terminal survenue 5 mois après une appendicectomie à chaud. (*Soc. chir. Paris*, 25 janvier 1933.)
- MONDOR et LAMY. — Etude clinique des ulcères du diverticule de Meckel. (*Jour. de chir.* XLI, p. 553, 1933.)
- MONOD. — Perforations spontanées ou de cause inconnue de l'intestin. (*Bull. et mém. soc. chir. Paris*, p. 297, 1898.)
- NICHOLSON. — Métaplasie du tractus digestif. (*Jour. path. and bact. Edinburgh*, XXVI, p. 399, 1923.)
- OUDARD et JEAN. — L'ulcère simple de l'intestin grêle. (*Arch. mal. app. dig.*, XV, n° 3, p. 208, 1925.)
- PAPIN. — Ulcère perforé du grêle de nature indéterminée coexistant avec un carcinome appendiculaire. (*Jour. de méd. de Bordeaux et du S.-O.*, CIII, p. 146, 25 fév. 1926.)
- PATEL. — Perforation du grêle, etc. (*Lyon Chir.*, X, n° 3, p. 297.)
- PATEL et BÉRARD. — Formes chirurgicales de la tuberculose intestinale. Masson, édit., Paris, 1933.
- PATEL et DESJACQUES. — Sténoses traumatiques du grêle. (*Jour. chir.* XL, p. 182, 1932.)

- PETIT. — Péritonite grave par perforation. (*Soc. chir. Paris*, 25 mai 1927.)
- QUÉNU et DUVAL. — L'ulcère simple du gros intestin. (*Rev. de chir.* p. 692, 1902.)
- QUÉNU et JUDET. — Rétrécissement fibreux du grêle. (*Rev. de chir.* p. 1, 1902.)
- REILLY, RIVALIER, COMPAGNON, LAPLANE et DU BUIT. — (*Ann. de méd.* p. 182-241-321, 1935.)
- RIGGS. — Ulcère syphilitique de l'intestin grêle. (*Am. jour. of syphilis*, IX, p. 87, 1925.)
- RIVERS. — La douleur de l'ulcère de l'œsophage, de l'estomac, de l'intestin. (*Journ. am. med. ass.*, 19 janv. 1935.)
- ROSENOW. — (*Journ. am. med. ass.*, XXXIV, n° 2, p. 1.687, 1915.)
- DE ROUVILLE et ROGER. — Ulcérations et perforations multiples du grêle et du cæcum par toxi-infection intestinale sur-aiguë post-opératoire. (*Arch. mal. app. dig.*, p. 24, janvier 1913.)
- SCHREUDER. — Hémorragie grave par ulcère de l'intestin grêle chez un enfant. (*Nederl. maandschr. v. geneesk.* XII, p. 101, 1923.)
- SCOTT et CLELAND. — Ulcérations multiples et cicatrisantes de l'intestin grêle. (*Med. jour. of Austr.* XIV, vol. I, n° 20, 1927.)
- STICH et COLLIER. — Perforation intestinale. (*Brit. med. jour.*, 30 mai 1936.)
- STILZER. — Contribution expérimentale au développement des ulcères de l'intestin. (*Brun's beil. z. klin. chir.*, p. 399, 24 avril 1935.)
- SYMMERS. — In SMITH, loc. cit.
- TERMIER et TRAVERSIER. — Syphilis intestinale probable, perforation par traumatisme léger. (*Dauphiné méd.*, janv. 1913.)
- THOMASSET. — Des ulcérations et perforations intestinales dans le cancer du rectum. (*Thèse de Lyon*, 1911.)
- TREVOR. — Ulcère jéjunal perforé. (*Lancet*, p. 673, 25 mars 1935.)
- TUTTLE. — Syphilis du jéjunum. (*Surg. gyn. obs.*, LV, p. 518, octobre 1932.)
- WAHLBERG. — Péritonite consécutive à la perforation spontanée d'ulcères syphilitiques multiples du grêle. (*Zent. f. chir.* LIII, n° 5, 30 janv. 1926.)
- WILLIAMS. — Perforation aiguë du jéjunum associée avec un cancer de l'estomac. (*Brit. med. jour.*, p. 901, 16 nov. 1929.)
- WILMOTH et BAUMANN. — Perforation des ulcères tuberculeux de l'intestin en péritoine libre. (*Jour. de Chir.*, XXXIX, p. 511, 1932.)

- YOSAI SHIMODAIRA. — Recherches expérimentales sur la pathogénie des ulcères par distension de l'intestin. (*Mitt. a. d. Gren. d. med. und chir.*, XXII, fasc. 2, p. 229, 1911.)
- ZADEK. — Ulcères et rétrécissement de l'intestin dans l'anémie pernicieuse. (*Munch. med. woch.*, LXXIII, n° 51, 17 déc. 1926.)

Nous n'avons pas pu consulter les ouvrages suivants :

- FELSEN. — Ulcères intestinaux. (*Am. jour. dig. dis. and nutrition*, I, p. 297-305, juillet 1934.)
- FISCHER. — Un cas d'ulcère perforé de l'iléon. (*Indian med. gazette*, Calcutta, XLVIII, n° 3, mars 1913.)
- INBERG. — Etude clinique des perforations jéjunales et iliaques d'étiologie incertaine. (*Duodecim*, Helsinski, XLVIII, p. 344-353, 1932.)
- ROWLETT. — Ulcères stercoraux de l'intestin grêle. (*Acad. royale de méd. d'Irlande* (sect. de path.), 12 nov. 1909.)

